

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta BPJS Ketenagakerjaan dibawah ini:

Nama dokter : :

Nama Fasilitas kesehatan/Institusi : :

Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi : :

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : [.....]

Nomor Peserta : [.....]

NIK : [.....]

2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/ Mitra/ Pelaksana Penempatan : [.....]

3. Tanggal Kecelakaan : tgl [.....] bln [.....] thn [.....]

4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter : tgl [.....] bln [.....] thn [.....]

5. Berdasarkan anamnesa : [.....]

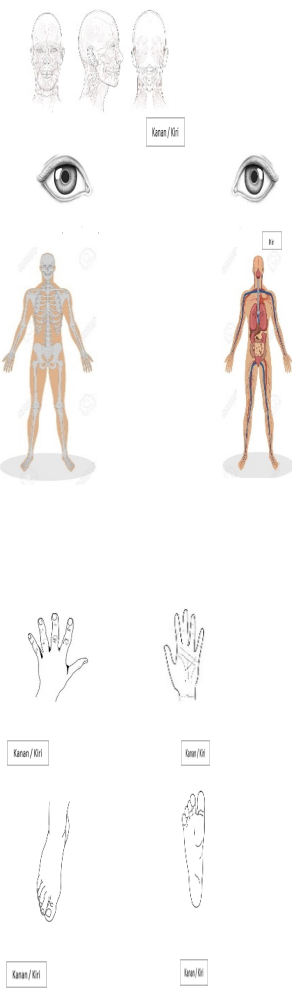
6. Berdasarkan pemeriksaan fisik :

- Bagian tubuh luar yang cedera :

<input type="checkbox"/> Kepala (batok kepala)	<input type="checkbox"/> Dahi kanan	<input type="checkbox"/> pelipis kanan	<input type="checkbox"/> Dahi kiri	<input type="checkbox"/> pelipis kiri
<input type="checkbox"/> Mata kanan	<input type="checkbox"/> Hidung kanan	<input type="checkbox"/> Hidung kiri	<input type="checkbox"/> Mata kiri	<input type="checkbox"/> Hidung kiri
<input type="checkbox"/> Mulut	<input type="checkbox"/> Gigi	<input type="checkbox"/> Lidah	<input type="checkbox"/> pipi kanan	<input type="checkbox"/> Dagu
<input type="checkbox"/> pipi kanan	<input type="checkbox"/> rahang kanan	<input type="checkbox"/> pipi kiri	<input type="checkbox"/> rahang kiri	<input type="checkbox"/> rahang kiri
<input type="checkbox"/> Telinga kanan	<input type="checkbox"/> Telinga kiri	<input type="checkbox"/> Dada kanan	<input type="checkbox"/> Bahu kanan	<input type="checkbox"/> Dada kiri
<input type="checkbox"/> Bahu kanan	<input type="checkbox"/> Dada kanan	<input type="checkbox"/> Bahu kiri	<input type="checkbox"/> Dada kiri	<input type="checkbox"/> Dada kiri
<input type="checkbox"/> Leher	<input type="checkbox"/> Tenggorokan	<input type="checkbox"/> jakun	<input type="checkbox"/> Tulang rusuk kanan	<input type="checkbox"/> Perut kanan
<input type="checkbox"/> Tulang rusuk kanan	<input type="checkbox"/> Perut kanan	<input type="checkbox"/> Tulang rusuk kiri	<input type="checkbox"/> Perut kiri	<input type="checkbox"/> Perut kiri
<input type="checkbox"/> Pusar	<input type="checkbox"/> Pinggul kanan	<input type="checkbox"/> Pinggul kiri	<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Scrotum
<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Scrotum	<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Klitoris	<input type="checkbox"/> Klitoris
<input type="checkbox"/> Telapak kaki kanan	<input type="checkbox"/> Tumit kanan	<input type="checkbox"/> Telapak kaki kiri	<input type="checkbox"/> Tumit kiri	<input type="checkbox"/> Tumit kiri
<input type="checkbox"/> jari kaki kanan	<input type="checkbox"/> jari kaki kiri	<input type="checkbox"/> jari kaki kiri	<input type="checkbox"/> Siku kanan	<input type="checkbox"/> Siku kiri
<input type="checkbox"/> Lengan kanan	<input type="checkbox"/> siku kanan	<input type="checkbox"/> Lengan kiri	<input type="checkbox"/> Siku kiri	<input type="checkbox"/> Siku kiri
<input type="checkbox"/> Pergelangan tangan kanan	<input type="checkbox"/> Telapak tangan kanan	<input type="checkbox"/> Pergelangan tangan kiri	<input type="checkbox"/> Telapak tangan kiri	<input type="checkbox"/> Telapak tangan kiri
<input type="checkbox"/> Jari tangan kanan pada jari Pada ruas jari				
<input type="checkbox"/> jari tangan kiri pada jari Pada ruas jari				
<input type="checkbox"/> Paha kanan	<input type="checkbox"/> Lutut kanan	<input type="checkbox"/> Paha kiri	<input type="checkbox"/> Lutut kiri	<input type="checkbox"/> Lutut kiri
<input type="checkbox"/> Betis kanan	<input type="checkbox"/> Tulang kering kanan	<input type="checkbox"/> Betis kiri	<input type="checkbox"/> Betis kiri	<input type="checkbox"/> Betis kiri
<input type="checkbox"/> Pergelangan kaki kanan	<input type="checkbox"/> Pergelangan kaki kiri			
<input type="checkbox"/> Jari kaki kanan pada jari Pada ruas jari				
<input type="checkbox"/> jari kaki kiri pada jari Pada ruas jari				

Uraian Lain-lain

[.....]



- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera :

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ginjal | <input type="checkbox"/> Hati | <input type="checkbox"/> Jantung | <input type="checkbox"/> Kandung empedu |
| <input type="checkbox"/> Esofagus | <input type="checkbox"/> kulit | <input type="checkbox"/> paratiroid | <input type="checkbox"/> pituitari |
| <input type="checkbox"/> kandung kemih | <input type="checkbox"/> Limpa | <input type="checkbox"/> mata | <input type="checkbox"/> Otak |
| <input type="checkbox"/> Ovarium | <input type="checkbox"/> Testis/buah zakar | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> paru-paru |
| <input type="checkbox"/> Lambung | <input type="checkbox"/> Usus halus | <input type="checkbox"/> usus besar | <input type="checkbox"/> rahim |
| <input type="checkbox"/> thymus | <input type="checkbox"/> tiroid | <input type="checkbox"/> Arteri | <input type="checkbox"/> Vena |

Uraian Lain-lain

7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan :

8. Hasil pemeriksaan/pengobatan :

- Sembuh tanpa cacat
- Cacat anatomis akibat kehilangan anggota badan
- cacat fungsi pada anggota badan dengan besarnya cacat fungsi % terbilang (.....)
- Memerlukan prothesa berupa
- Memerlukan orthesa berupa
- Meninggal dunia pada tgl / / bln / / thn : jam :

9. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :

- Biasa dengan kondisi tertentu berupa
- Ringan dengan kondisi tertentu berupa
- Tidak dapat bekerja

Terhitung tanggal

: tgl / / bln / / thn s.d. tgl / / bln / / thn

10. Lamanya perawatan/pengobatan :

dari tgl / / bln / / thn s.d. tgl / / bln / / thn

11. Diberikan istirahat :

dari tgl / / bln / / thn s.d. tgl / / bln / / thn

12. Keterangan lainnya jika perlu :

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan surat keterangan dokter adalah benar.. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/Kab :
Tanggal :

.....(tanda tangan dan stempel Fas-Kes)
Nama :