

**SURAT KETERANGAN DOKTER
UNTUK PENGOBATAN/PERAWATAN & MENINGGAL DUNIA
AKIBAT KECELAKAAN**

(diisi oleh Dokter)

Dengan ini saya Dokter:
mengingat sumpah jabatan menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

Spesialis:

- | | | | |
|-------|---|-------|-------|
| 1. | Nama Penderita : | Umur: | tahun |
| <hr/> | | | |
| 2. | Kecelakaan tgl : | | |
| <hr/> | | | |
| 3. | Pemeriksaan pertama tgl. : | | |
| <hr/> | | | |
| 4. | Apakah luka/meninggal terjadi
segera/akibat kecelakaan : | | |
| <hr/> | | | |
| 5. | Apakah ada keadaan (misalnya: penyakit, cacat bawaan, kelalaian dll.)
yang mempengaruhi atau menambah parah luka yang diderita; | | |
| <hr/> | | | |
| 6. | Dari hasil pemeriksaan pertama didapatkan
a. Tempat dan keadaan luka :
(ditulis juga dalam bahasa latin)
b. Tindakan medis yang dilakukan :
(ditulis juga dalam bahasa latin) | | |
| <hr/> | | | |
| 7. | Perawatan yang diperlukan Rawat Inap/Berobat jalan* | | |
| <hr/> | | | |
| 8. | Apakah pengobatan telah selesai?:
Berapa lama perawatan yang dibutuhkan?; | | |
| <hr/> | | | |
| 9. | Apakah akibat kecelakaan ini bersifat tetap atau sementara?
Berapa lama diperkirakan akan menjadi sembuh: | | |
| <hr/> | | | |
| 10. | Apakah akibat kecelakaan ini dapat menyebabkan cacat tetap? | | |
| <hr/> | | | |
| 12. | Apakah yang bersangkutan masih dapat melakukan pekerjaan :
biasa/ringan/tak dapat bekerja sama sekali. | | |
| <hr/> | | | |

Dibuat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta
Alamat :

.....
Dokter yang merawat
(cap/Dokter/Rumah Sakit)

**SURAT KETERANGAN DOKTER
UNTUK CACAT TETAP BADAN AKIBAT KECELAKAAN**

(hanya diisi untuk penderita cacat tetap)

Dengan ini saya Dokter:

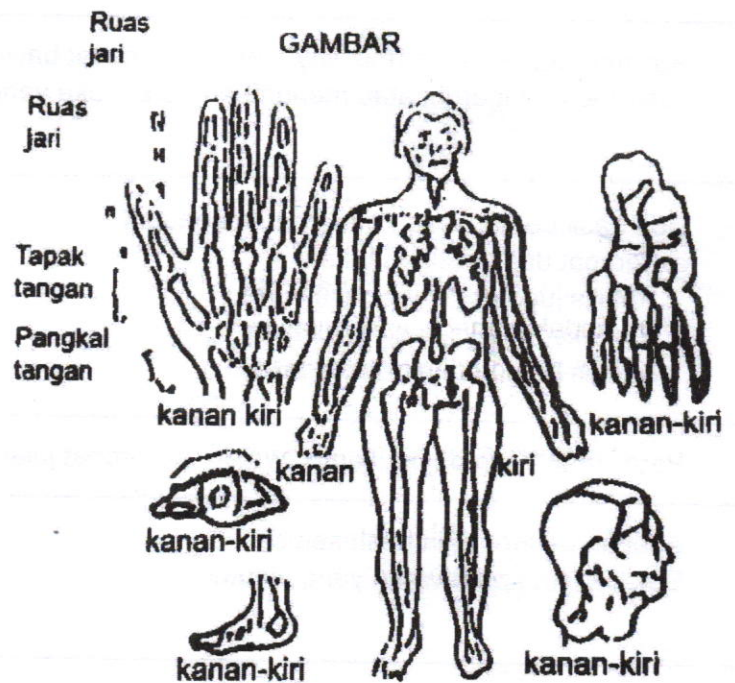
Spesialis:

mengingat sumpah jabatan menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Penderita : _____ Umur: _____ tahun
2. Kecelakaan tgl : _____
3. Pemeriksaan pertama tgl. : _____
4. Dari hasil pemeriksaan pertama didapatkan :
a. Tempat dan keadaan luka:
b. Perlu rawat inap/berobat jalan
5. Tindakan medis yang dilakukan:

6. Apakah pengobatan telah selesai:

7. Bila pengobatan selesai, apakah
a. Sembuh tanpa cacat;
b. Cacat Anatomo/hilang anggota badan;
(Harap ditunjukkan pada gambar)
c. Cacat tetap karena kekurangan fungsi anggota badan:
8. Bila cacat tetap karena berkurangnya fungsi :
a. Anggota badan mana :
b. Berapa persen berkurangnya fungsi anggota badan tersebut
9. Memerlukan prothese/orthose: _____
10. Apakah ada keadaan (mis: penyakit, cacat bawaan, kelalaian dll.) yang mempengaruhi atau menambah parah cacat yang diderita : _____
11. Apakah penderita masih dapat melakukan pekerjaan :
biasa/ringan/tak dapat bekerja sama sekali.
12. Lama perawatan : dari tgl. _____ s/d tgl. _____



Dibuat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta
Alamat :

.....
Dokter yang merawat
(cap/Dokter/Rumah Sakit)