

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

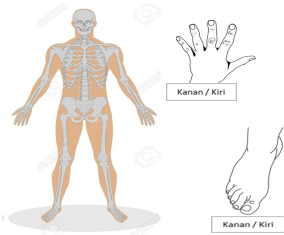
Nama dokter : Dokter pemeriksa Dokter penasehat
 No. telepon/Hp :
 Nama Fasilitas kesehatan :

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : Tn /Ny /Nn.....
- No. Peserta :
- NIK No. Paspor (WNA/PMI) :
2. Nama Pemberi Kerja/ Wadah/
Mitra/ Proyek Jasa Konstruksi :
3. Tanggal Kecelakaan :/...../.....(dd/mm/yyyy)
4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter :/...../.....(dd/mm/yyyy)

5. Berdasarkan anamnesa :

6. Berdasarkan pemeriksaan fisik :



7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan :

8. Diagnosis :

9. Komorbiditas/komplikasi : tidak ada ada, sebutkan

10. 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 tanggal :(dd/mm/yyyy) jam :(hr: mn)

11. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :
- Biasa dengan kondisi tertentu berupa
 - Ringan dengan kondisi tertentu berupa
 - Tidak dapat bekerja

12. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tanggal :(dd/mm/yyyy) sd tanggal :(dd/mm/yyyy)

13. Diberikan istirahat : dari tanggal :(dd/mm/yyyy) sd tanggal :(dd/mm/yyyy)

14. Keterangan lainnya jika perlu :

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Keterangan :

Laporan ini diperuntukkan :

- Lembar pertama : BPJS Ketenagakerjaan
- Lembar kedua : Dinas Tenaga Kerja Setempat
- Lembar ketiga : Pusat Layanan Kecelakaan Kerja
- Lembar keempat : Perusahaan

Kota/Kab :
Tanggal

.....(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)

Nama