

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

Nama dokter : \_\_\_\_\_ Jabatan/Keahlian : \_\_\_\_\_  
 Nama Fasilitas kesehatan/Institusi : \_\_\_\_\_ Nomor telepon/hp : \_\_\_\_\_  
 Alamat Fasilitas kesehatan/Institusi : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1. Nama Peserta : \_\_\_\_\_  
 Nomor Referensi / nomor Peserta : \_\_\_\_\_  
 NIK : \_\_\_\_\_
2. Nama Pemberi Kerja : \_\_\_\_\_
3. Tanggal diagnosa penyakit akibat kerja : tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_
4. Berdasarkan anamnesa : \_\_\_\_\_
5. Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang diagnostik : \_\_\_\_\_
6. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan : \_\_\_\_\_
7. Diagnosa penyakit akibat kerja : \_\_\_\_\_
8. Kelompok penyakit akibat kerja :  Penyakit yang disebabkan oleh pajanan faktor-faktor yang timbul dari aktivitas pekerjaan :
  - Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia
  - Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika
  - Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi dan penyakit infeksi atau parasit Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ :
  - Penyakit saluran pernapasan
  - Penyakit kulit
  - Gangguan otot dan rangka
  - Gangguan mental dan perilaku Penyakit Kanker akibat kerja  
 Penyakit lainnya
9. 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 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_
10. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :  Biasa dengan kondisi tertentu berupa .....  
 Ringan dengan kondisi tertentu berupa .....
11. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_ s.d. tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_
12. Diberikan istirahat : dari tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_ s.d. tgl \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_
13. 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.

Tembusan:  
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab : \_\_\_\_\_  
Tanggal : \_\_\_\_\_

.....(tanda tangan dan stempel fasilitas kesehatan)  
Nama : \_\_\_\_\_