

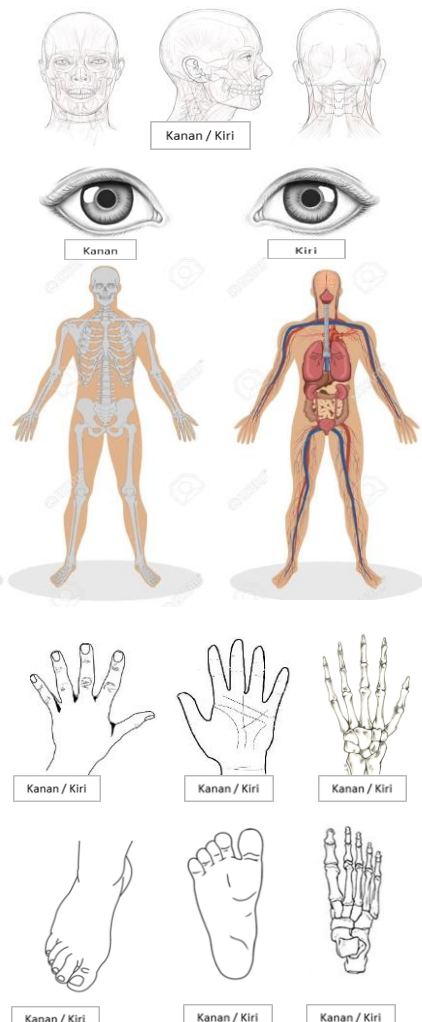
SURAT KETERANGAN DOKTER KASUS KECELAKAAN KERJA

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	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Nomor Referensi / nomor Peserta	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
2. Nama Perusahaan *)	: <input style="width: 100%;" type="text"/>
3. Tanggal Kecelakaan	: tgl <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> bln <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> thn <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
4. Tanggal pemeriksaan oleh dokter	: tgl <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> bln <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> thn <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
5. Berdasarkan anamnesa	: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

6. Berdasarkan pemeriksaan fisik	:	
- Bagian tubuh luar yang cedera	: <input type="checkbox"/> Kepala (batok kepala)	
	<input type="checkbox"/> Dahi kanan <input type="checkbox"/> pipis kanan <input type="checkbox"/> Dahi kiri <input type="checkbox"/> pipis kiri <input type="checkbox"/> Mata kanan <input type="checkbox"/> Hidung kanan <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"/> Dagu <input type="checkbox"/> pipi kanan <input type="checkbox"/> rahang kanan <input type="checkbox"/> pipi kiri <input type="checkbox"/> rahang kiri <input type="checkbox"/> Telinga kanan <input type="checkbox"/> Telinga kiri <input type="checkbox"/> Bahu kanan <input type="checkbox"/> Dada kanan <input type="checkbox"/> Bahu 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 kiri <input type="checkbox"/> Perut kiri <input type="checkbox"/> Pusing <input type="checkbox"/> Pinggul kanan <input type="checkbox"/> Pinggul kiri <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Scrotum <input type="checkbox"/> Vagina <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"/> jari kaki kanan <input type="checkbox"/> Jari kaki kiri <input type="checkbox"/> Lengan kanan <input type="checkbox"/> siku kanan <input type="checkbox"/> Lengan 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"/> 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"/> Betis kanan <input type="checkbox"/> Tulang kering kanan <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	
	<input type="checkbox"/> Uraian Lain-lain	
		<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>

- 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
 Kasus Kambuh
 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 kasus kecelakaan kerja tahap II adalah benar.

Tembusan:
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :
Tanggal :

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