

Laporan Kasus Penyakit Akibat Kerja Tahap I
Wajib dilaporkan dalam waktu 2 X 24 Jam setelah di diagnosa sebagai Penyakit Akibat Kerja

1 Nama Perusahaan	:			
NPP	:		*) khusus untuk peserta penerima upah	
Alamat	:			
		Desa/Kel _____	Kec _____	Kota/Kab _____
No telp perusahaan	:			
Nama Kontak personil perusahaan	:			
2 Nama Peserta	:			
Nomor Referensi / Nomor Peserta	:			
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Tanggal Lahir	:	tgl <input style="width: 20px;" type="text"/>	bln <input style="width: 20px;" type="text"/>	thn <input style="width: 40px;" type="text"/>
Alamat/ no telp	:			
		Desa/Kel _____	Kec _____	Kota/Kab _____
		Kode Pos <input style="width: 50px;" type="text"/>	No Telp/hp <input style="width: 100px;" type="text"/>	
3 Upah yang diterima peserta	:	<input type="checkbox"/> per hari	<input type="checkbox"/> per bulan	<input type="checkbox"/> borongan
Jumlah upah yang diterima	:	Rp _____		
Terbilang upah yang diterima	:			
4 Status peserta	:	<input type="checkbox"/> Masih Bekerja	<input type="checkbox"/> Sudah tidak bekerja	
Lokasi/alamat tempat bekerja	:			
		Desa/Kel _____	Kec _____	Kota/Kab _____
Jabatan pekerjaan terakhir	:			
Uraian pekerjaan terakhir	:			
		<i>Uraian kejadian pekerjaan terakhir lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri</i>		
Unit / Bidang/ Bagian perusahaan	:			
Riwayat jenis pekerjaan	:	1 _____	tahun _____	sd _____
		2 _____	tahun _____	sd _____
		3 _____	tahun _____	sd _____
5 Tanggal didiagnosa Penyakit Akibat Kerja	:			
6 Fasilitas kesehatan (faskes) dan dokter yang mendiagnosa penyakit akibat kerja	:	Nama Faskes	: _____	
		Nama dokter	: _____	
		Alamat Faskes	: _____	
7 Uraian kronologis penyakit akibat kerja	:			
- Sebutkan jenis penyakit akibat kerja yang timbul karena hubungan kerja	:			
		<i>Uraian kronologis penyakit akibat kerja lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri</i>		
- Sebutkan bahan, proses, lingkungan atau cara bekerja yang menyebabkan penyakit akibat kerja	:			
		<i>Uraian kronologis penyakit akibat kerja lebih lengkap dapat ditambahkan di lampiran tersendiri</i>		
8 Akibat yang diderita peserta	:	<input type="checkbox"/> Meninggal	<input type="checkbox"/> sakit	
Sebutkan bagian tubuh/organ tubuh yang mengalami penyakit akibat kerja	:			
9 Pengobatan peserta setelah didiagnosa penyakit akibat kerja	:	<input type="checkbox"/> rawat jalan	<input type="checkbox"/> rawat inap	
10 Keterangan lainnya jika perlu	:			

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada BPJS Ketenagakerjaan dalam rangka pelaporan kasus penyakit akibat kerja tahap I adalah benar.

Tanggal : _____ , _____ kota/kab, tanggal

 Tembusan:
 - Dinas Tenaga Kerja setempat

_____ (tanda tangan pimpinan dan stempel perusahaan)

Nama : _____

Jabatan : _____