

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 :
2. Nama Perusahaan \*) :
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
  - 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   :
10. 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
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 kasus penyakit akibat kerja adalah benar.

Tembusan:  
- Dinas Tenaga Kerja Setempat

Kota/kab :  
Tanggal :

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

Nama :