

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 :