

**SURAT KETERANGAN DOKTER
(KLAIM CACAT TETAP DAN TOTAL)**

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

Nama Pasien : _____ No. MR : _____
Tanggal lahir : □□ - □□ - □□□□ Umur : _____ th. Jenis Kelamin: Pria Wanita
Alamat : _____

**berikan tanda “√” pada keterangan yang membutuhkan pilihan*

Tanggal Perawatan :

Anamnesa :

Tanggal Kejadian / Gejala / Keluhan
Pertama Kali Diketahui oleh Pasien :

Tanggal Pertama Konsultasi :

Nama dan alamat dokter yang merujuk :

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, Lab dll :

Diagnosa :

Diagnosa diatas disebabkan oleh : Kecelakaan Suatu Penyakit

Apakah kelainan/cacat/gejala sisa tersebut akan memberikan dampak yang menetap ? Ya Tidak

Mohon penjelasan seperlunya

Apakah pada saat ini pasien mengalami :

Kehilangan satu anggota gerak (ekstremitas) : atas kanan atau kiri bawah kanan atau kiri

Kehilangan dua anggota gerak (ekstremitas) : atas kanan dan kiri bawah kanan dan kiri

Kebutaan pada kedua mata : Ya Tidak

Jika Tidak, mohon dapat dijelaskan :

Demikian keterangan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya.

Tempat & tanggal dibuat : _____ Alamat : _____

No Telepon : _____

Keahlian : _____

tanda tangan, nama jelas & stempel

SETELAH KETERANGAN INI DIISI DENGAN LENGKAP, MOHON DOKTER DAPAT MENYAMPAIKANNYA DALAM AMPLOP TERTUTUP KEPADA PT AJ SEQUIS FINANCIAL.