

FORMULIR TOTAL PERMANENT DISABILITY (TPD) Diisi oleh Dokter

Nama Pasien : _____

Tempat Tanggal Lahir : _____ - ____ - ____

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Alamat : Jalan _____ Rt/Rw ____ / ____ No: ____
Kecamatan _____ Kelurahan _____
Kota/Kabupaten _____ Telepon _____

Pekerjaan : _____

No Rekam Medis : _____

Tanggal Masuk Rumah Sakit (RS) : ____ - ____ - ____ Tgl Keluar RS ____ - ____ - ____

RIWAYAT & DIAGNOSA

1 Sejak kapan pasien mengunjungi Dokter

tgl / bln / th ____ - ____ - ____

2 Sejak kapan pertama kali dokter memberikan konsultasi medis yang diderita saat ini

tgl / bln / th ____ - ____ - ____

3 Gejala dan keluhan apa yang disampaikan oleh pasien

(Tanggal pertama kali muncul gejala atau kecelakaan terjadi)

____ - ____ - ____

4 Menurut Anamnesa, Apakah Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan keadaannya pada saat ini ?

Jika YA, Mohon diuraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita Pasien.

(Tanggal pertama kali muncul gejala atau kecelakaan terjadi)

____ - ____ - ____

5 Apakah pasien sudah pernah mempunyai kondisi sama atau mirip seperti ini ? jika YA, kapan dan jelaskan

(Tanggal pertama kali muncul gejala atau kecelakaan terjadi)

____ - ____ - ____

6 Diagnosa

7 Tindakan dan terapi medis yang dilakukan

8 Apakah saat ini telah timbul kecacatan pada Pasien, jika "Ya" Mohon jelaskan organ yang terkena sehubungan dengan kecacatan ini dan bila perlu berikan tanda lokasi kecatatan pada gambar di halaman terakhir dari formulir ini

9 Apakah yang menyebabkan kondisi ini

Penyakit

Cedera / Kecelakaan

10 Mohon tuliskan dan lampirkan hasil dari seluruh jenis pemeriksaan yang di lakukan pasien

- Jenis Pemeriksaan

- Hasil pemeriksaan

11 Dengan kondisi pasien saat ini, apakah pasien masih dapat melakukan pekerjaan seperti diatas

Ya

TIDAK

Mohon jelaskan

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter :

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Tanggal,

Tandatangan & Nama Dokter/ SIP Dokter
(Beserta Cap Rumah Sakit)

Keterangan Tambahan :

Mohon diberikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelum Pasien menjadi pasien Dokter

- Nama :

- Alamat :

Mohon diberikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Pasien selanjutnya

- Nama :

- Alamat :

Jika ada mohon diberikan informasi lainnya yang menurut Dokter yang dapat membantu Bagian Klaim kami untuk memproses klaim ini (dibuat lembar tersendiri sebagai keterangan tambahan)

