

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP - ASURANSI KUMPULAN
PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM - GROUP INSURANCE

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

1. **Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi**
This form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim will only be processed if all supporting documents are attached
2. **Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai**
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (v) in the appropriate answer box
3. **Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan**
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN
REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED

- Formulir klaim ketidakmampuan yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi dengan lengkap, benar, dan jelas oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat (asli);
Disability claim form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and filled in completely, correctly, and clearly by Policyholder and/or Beneficiary (original)
- Bukti Kepesertaan berupa Sertifikat Asuransi atau bukti kepesertaan lainnya, sesuai yang ditentukan pada polis;
Proof of Participation in the form of an Insurance Certificate or other proof of participation, as specified in the policy
- Surat Keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi lengkap oleh dokter yang merawat dan/atau dokter penasehat yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengenai penyebab meninggal dunia (asli);
Attending Physician's Statement issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and has been completely filled out by the treating doctor and/or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA regarding cause of death (original)
- Surat rujukan dokter untuk pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi (asli atau salinan yang dilegalisir);
Doctor's referral letter for diagnostic examination and/or physiotherapy, if the diagnostic examination and/or physiotherapy (original or legalized copy)
- Seluruh hasil pemeriksaan diagnostik, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik (asli atau salinan yang dilegalisir);
All results of diagnostic tests, if diagnostic tests are performed (original or legalized copy)
- Bukti identitas diri yang masih berlaku, berupa kartu tanda penduduk elektronik, paspor bagi warga negara asing, atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak berwenang (salinan);
Proof of identity that is still valid, in the form of an electronic identity card, passport for foreign national, or other information issued by the authorities (copy)
- Surat keterangan kronologis/hasil investigasi kecelakaan dari pihak kepolisian (dokumen asli atau salinan yang telah dilegalisir oleh pihak kepolisian).
Chronological certificate/result of accident investigation from the police (original document or a copy legalized by the police).

SAYA YANG BERTANDATANGAN DIBAWAH INI MEWAKILI PEMEGANG POLIS DAN PESERTA:
I, WHO SIGN BELOW, REPRESENTING POLICYHOLDER AND PARTICIPANT

Nama Pemegang Polis :
Policyholder name
Nomor Polis :
Policy Number
Alamat Korespondensi :
Correspondence Address
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Postal Code Province

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA BAHWA:
CERTIFY TRULY THAT

Nama Lengkap Peserta : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Participant's Name Gender Male Female
Nomor Peserta : Kewarganegaraan :
Participant Number Nationality
Nomor Kepesertaan : Jenis Identitas :
Membership Number Type of ID Card
Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Nomor Identitas :
Place of Birth (dd/mm/yyyy) Identity Number
Telepon Seluler :
Cellphone
Telepon Rumah/Kantor :
Residence / Office Telephone Number
Alamat Peserta Sesuai Identitas :
Participant's Address in Accordance with ID Card
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Postal Code Province

Alamat Tempat Tinggal di Negara Asal (Khusus WNA) :

Address in The Country of Origin (foreigner only)

Penyebab Kondisi Pasien Penyakit, Kecelakaan, Lain-lain
Cause of Patient's Condition Illness Accident Others
Nama Penyakit : Sudah dialami sejak / / (tgl/bln/thn)
Diagnosis Has been experienced since (dd/mm/yyyy)
Tempat Kejadian : Tanggal dan waktu kejadian / / (hari, tgl/bln/thn), pukul :
Location of Accident Date and time of accident (day, dd/mm/yyyy), at :
Tanggal Terakhir Peserta Masuk Bekerja : / / (tgl/bln/thn)
Participant's Last Day at Work (dd/mm/yyyy)
Kronologis Kecelakaan :
Chronology of Accident
Mohon jelaskan :
Please explain

Jelaskan Bagaimana Keadaan dan Luas Luka atau Ketidakmampuan yang Dialami Karena Kejadian Tersebut :
 State The Nature and Extent of The Injuries or The Dismemberment You Sustained Thereby

Apakah Anda Kidal? Ya Tidak
 Are You a Left-Handed Person? Yes No

Apakah Peserta Dapat Melakukan Kegiatan Sehari-hari (Mandi, Berpakaian, Makan Sendiri, Mengontrol fungsi usus besar dan kandung kemih, dll)? Ya Tidak
 Is Participant able to do daily activities (bathing, dressing, eating by him/herself, controlling the function of large intestine and bladder, etc)? Yes No

Adakah Anggota Badan yang Hilang atau Kehilangan Fungsi? Ya Tidak
 Any Loss of Limb, or Lost of The Functions of Limb? Yes No

Jika "Ya", Berikan Tanda (X) Pada Bagian Anggota Tubuh yang Mana
 If "Yes", Please Give (X) Mark On Which Part of Limb

- Kedua Tangan Tangan Kiri Mulai Dari Siku Pendengaran Sebelah Telinga Jari Telunjuk Kanan Jari Tengah Kiri
- Both Hands Left Arm From Elbow On Incurable Deaf In One Ear Right Index Finger Left Middle Finger
- Kedua Kaki Tangan Kanan Mulai Dari Pergelangan Satu Kaki Dari Pergelangan Jari Telunjuk Kiri Jari Manis Kanan
- Both Feet Right Hand From Wrist On One Foot From Ankle On Left Index Finger Right Ring Finger
- Kedua Mata Tangan Kiri Mulai Dari Pergelangan Jempol Kanan Jari Kelingking Kanan Jari Manis Kiri
- Both Eyes Left Hand From Wrist On Right Thumb Right Little Finger Left Ring Finger
- Satu Tangan dan Satu Kaki Penglihatan Sebelah Mata Jempol Kiri Jari Kelingking Kiri Jari Tengah Kanan
- One Hand and One Foot Incurable Blindness In One Eye Left Thumb Left Little Finger Right Middle Finger
- Satu Tangan dan Satu Mata Pendengaran Kedua Belah Telinga Lengan Kanan Mulai Dari Bahu Lengan Kiri Mulai Dari Bahu Lain-lain
- One Hand and One Eye Incurable Deaf In Both Ears Right Arm From Shoulder On Left Arm From Shoulder On Others
- Satu Kaki dan Satu Mata Tangan Kanan Mulai Dari Siku
- One Foot and One Eye Right Arm From Elbow On

Apakah Sebelumnya Peserta Pernah Menjalani Konsultasi atau Perawatan atas Kecelakaan ini?
 Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before for this Accident?

Ya, sebagai berikut:
 Yes, as follows

Kunjungan ke : - Sequence of Visit	1	2	3
Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn) : Date of Visit (dd/mm/yyyy)			
Nama Dokter : Name of Doctor			
Nama Rumah Sakit : Name of Hospital			
Alamat Tempat Tinggal Dokter : Address of Doctor's Residence			
Telepon Rumah/Kantor Dokter : Doctor's Home/Office Phone Number			
Telepon Seluler Dokter : Doctor's Cellphone Number			
Diagnosa : Diagnosis			
Pengobatan yang diberikan : Treatment Given			

Tidak
 No

Apakah Peserta Sudah Bisa Bekerja Sekarang ?
 Are You Able to Work Now?

Ya, Peserta Sudah Kembali Bekerja Sejak Tanggal : / / (tgl/bln/thn) Peserta Dapat Melakukan Sebagian Pekerjaan Peserta Bekerja Normal Kembali
 Yes, Participant Has Returned to Work Since (dd/mm/yyyy) Participant Able To Do Some Parts of Job Work Normally Again

Tidak, Tanggal Perkiraan Bisa Kembali Bekerja Paling Tidak Sebagian Pekerjaan : / / (tgl/bln/thn)
 No, Estimated Date Can Return to Work at Least Some Work (dd/mm/yyyy)

Apakah Ada Kondisi Lain (Penyakit Saat Ini, Riwayat Penyakit Dahulu, Dll) yang Turut Berperan Dalam Terjadinya Kecelakaan atau Ketidakmampuan Saat Ini?
 Is There Any Condition (Current Illness, Past Medical History, Etc) That Contribute To The Current Accident or Disability?

Ya, Mohon Penjelasan :
 Yes, Please Explain

Tidak
 No

JIKA PESERTA JUGA MELAKUKAN KLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN

IF PARTICIPANT ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANY

No	Other Insurance Name Nama Asuransi Lain	Nama Produk Asuransi Insurance Product Name	Nomor Polis Policy Number	Jumlah Uang Pertanggungan Sum Insured
1.				(IDR/CNY/USD)
2.				(IDR/CNY/USD)
3.				(IDR/CNY/USD)
4.				(IDR/CNY/USD)
5.				(IDR/CNY/USD)

PERSETUJUAN TENTANG DATA PRIBADI

CONSENT ON PERSONAL DATA

- Saya/Kami bersedia untuk menerima penawaran produk yang dikeluarkan dan/atau layanan yang diberikan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA melalui sarana komunikasi pribadi Saya/Kami, seperti telepon, short message service (SMS), email, faksimili dan sarana pribadi lainnya.
I/We willing to accept product offers issued and/or services provided by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA through My/Our personal communication facilities, such as telephone, short message service (SMS), fax, e-mail and other personal facilities.
- Saya/Kami memperkenalkan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk memberi data dan/atau informasi pribadi Saya/Kami yang tercatat di PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA kepada pihak ketiga dalam rangka pelaksanaan kegiatan usaha PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
I/We allow the Company to provide data and/or My/Our personal information recorded in the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA to the third party in the context of carrying out the Company's business activities
- Saya/Kami memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, dan Peserta atau Penerima Manfaat untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai jasa atau produk asuransi kepada Pemegang Polis, di mana penawaran produk tersebut dapat dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri maupun mitra distribusi PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA akan melakukan analisa data terhadap data pribadi Pemegang Polis, dan Peserta atau Penerima Manfaat, baik analisa tersebut dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri ataupun PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA menunjuk pihak ketiga di dalam maupun di luar Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA juga akan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, seperti nama, alamat, nomor email dan data transaksi sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pemegang Polis memahami dan menyetujui bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat melaksanakan hal-hal di atas.
I/We understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA collects and stores personal data of Policyholder, and the Participant or Beneficiaries to provide, manage, develop and offer various insurance products or services to Policyholder, where the product offerings can be carried out by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA itself or distribution partners PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will analyze the data on the personal data of the Policyholder, and the Participant or Beneficiary, whether the analysis is carried out by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA appoints third parties inside and outside Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will also store policyholder personal data, such as name, address, email number and transaction data as required by the laws and regulations in force in Indonesia. The Policyholder understands and agrees that PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA can carry out the above matters.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Saya/Kami menyatakan bahwa :

I/We declare that :

- Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, tidak ada keterangan atau informasi yang Saya/Kami sembunyikan;
I/We have read, understood and answered all questions above completely and correctly; I/We have nothing to hide
- Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Peserta untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya;
I/We hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that have any records or information on the health of Participant to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about Participant's health condition. A copy of this statement will be valid and true as the original;
- Saya/Kami memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau pihak yang diberikan kuasa olehnya untuk menyediakan informasi mengenai Peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk tujuan memproses formulir ini dan/ atau memproses pembayaran klaim dan/ atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Peserta;
I/We authorize and give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s to provide to any party (including but not limited to: reinsurance, claim investigator and/ or industry association) that has cooperation with PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA for the purpose of processing this form and/ or processing claim payment and/ or processing other process related to Participant's policy;
- Saya/Kami juga memberikan persetujuan saya kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik Peserta kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan Peserta, broker asuransi dan/ atau Forum Klaim Indonesia;
I/We also give My/Our consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation to provide Participant's medical information to Human Resources Department of Participant's company, insurance broker and/ or any Indonesian Claim Forum;
- Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan ini akan batal demi hukum; dan
If later on, it is proven that information given in this form is not accurate, or it is found that other documents which are legally valid can cancel the document that has been given, I/We understand that this claim is void by law; and
- Saya/Kami memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat meminta dokumen asli atas pemberian kuasa sebagaimana dimaksud dalam poin (ii) dan (iii).
I/We understand that PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA may request original documents for authorization as referred to points (ii) and (iii).

PERSETUJUAN

CONSENT

Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah mengisi seluruh data dan informasi dengan benar; telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana dinyatakan pada formulir ini; dan menandatangani formulir ini dalam keadaan sadar serta tanpa paksaan. Segala risiko yang mungkin timbul sehubungan dengan pengajuan ini adalah tanggung jawab saya sepenuhnya.

I/We certify that I/We have read, understood and agreed to all the terms and condition above. All risk that arise include those caused because this form was signed in a blank/incomplete condition, which is my responsibility.

Ditandatangani di :

Signed in :

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)
Date (dd/mm/yyyy)

Yang Menyatakan
Declared By

(Tanda Tangan, Nama Jelas Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat)
(Signature, Name of Policyholder and/or Beneficiary)

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM KETIDAKMAMPUAN
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR DISABILITY CLAIM

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM
GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas oleh dokter yang merawat atau dokter yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
This form should be filled in correctly, completely and clearly by the attending physician or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai.
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (V) in the appropriate answer box
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

IDENTITAS DOKTER YANG MERAWAT
ATTENDING PHYSICIAN IDENTITY

Nama Lengkap : **Telepon Rumah/Kantor** :

Full Name *Home/Office Telephone Number*

Nama Rumah Sakit : **Telepon Seluler** :

Hospital Name *Cellphone*

Alamat Tempat Tinggal Dokter :

Address of Doctor's Residence

Kota : **Kode Pos** : **Provinsi** :

City *Post code* *Province*

KETERANGAN DOKTER (Diisi oleh Dokter yang Merawat)
MEDICAL RESUME (to be Completed by the Attending Doctor)

Nama Pasien : **Tanggal Mulai Perawatan** : (tgl/bln/thn)

Name of the Patient *Admission Date* (dd/mm/yyyy)

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn)

Date of Birth (dd/mm/yyyy) **Tanggal Akhir Perawatan** : (tgl/bln/thn)

..... (dd/mm/yyyy) **Discharge Date** : (dd/mm/yyyy)

Nomor Rekam Medis : **Jenis Kelamin** : **Pria** **Wanita**

Medical Record Number *Gender* *Male* *Female*

Peserta Mengalami Kondisi Saat Ini Sejak : / / (tgl/bln/thn)

Participant has suffered the condition since (dd/mm/yyyy)

Penyebab Kondisi Saat Ini : **Penyakit**, **Diagnosa**

Cause of Disability: Illness *Diagnosis*

Tanggal pertama kali pasien mengalami penyakit tersebut :

Date of first onset of disease

Tanggal pertama kali pasien mendapat perawatan : / / (tgl/bln/thn)

Date of patient first received treatment (dd/mm/yyyy)

Kecelakaan : **Tanggal Kecelakaan** : / / (tgl/bln/thn)

Accident *Date of Accident* (dd/mm/yyyy)

Lokasi Kecelakaan :

Location of Accident

Kronologis Kecelakaan :

Chronology of Accident

Lain-lain
Others

Apakah Pasien Dirawat Inap? **Ya, Indikasi Rawat Inap** :

Did the Patient Hospitalize? *Yes, Indication of Hospitalization*

Tidak, Apakah Pasien Mendapat Perawatan di Ruang Gawat Darurat?

No, Did Patient have Emergency Treatment?

Tidak
No

Ya, masuk Ruang Gawat Darurat Pukul : **Keluar Ruang Gawat Darurat Pukul** :

Yes, Admitted to the Emergency Room at *Discharged from Emergency Room at*

Perawatan di Ruang Gawat Darurat :

Treatment in the Emergency Room

Nama dan Spesialisasi Dokter yang Ikut Merawat Pasien : 1. 3.

Name and Specialty of All Treating Doctors 2. 4.

Tanda dan Gejala Medis :

Medical Sign and Symptoms

Tanggal Pertama Kali Pasien Mengalami Gejala atau Keluhan : / / (tgl/bln/thn)
 Date of First Initial Sign and Symptoms (dd/mm/yyyy)

Pemeriksaan Fisik yang Didapat :
 Physical Examination Result

Adakah Anggota Badan yang Hilang atau Kehilangan Fungsi? Ya Tidak
 Any Loss of Limb, or Lost of The Functions of Limb? Yes No

Jika "Ya", Berikan Tanda (X) Pada Bagian Anggota Tubuh yang Mana
 If "Yes", Please Give (X) Mark On Which Part of Limb

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kedua Tangan
Both Hands | <input type="checkbox"/> Penglihatan Sebelah Mata
Incurable Blindness In One Eye | <input type="checkbox"/> Pendengaran Kedua Belah Telinga
Incurable Deaf In Both Ears | <input type="checkbox"/> Lengan Kanan Mulai Dari Bahu
Right Arm From Shoulder On | <input type="checkbox"/> Jari Kelingking Kiri
Left Little Finger |
| <input type="checkbox"/> Kedua Kaki
Both Feet | <input type="checkbox"/> Tangan Kanan Mulai Dari Siku
Right Arm From Elbow On | <input type="checkbox"/> Pendengaran Sebelah Telinga
Incurable Deaf In One Ear | <input type="checkbox"/> Lengan Kiri Mulai Dari Bahu
Left Arm From Shoulder On | <input type="checkbox"/> Jari Tengah Kiri
Left Middle Finger |
| <input type="checkbox"/> Kedua Mata
Both Eyes | <input type="checkbox"/> Tangan Kiri Mulai Dari Siku
Left Arm From Elbow On | <input type="checkbox"/> Satu Kaki Dari Pergelangan
One Foot From Ankle On | <input type="checkbox"/> Jari Telunjuk Kanan
Right Index Finger | <input type="checkbox"/> Jari Manis Kanan
Right Ring Finger |
| <input type="checkbox"/> Satu Tangan dan Satu Kaki
One Hand and One Foot | <input type="checkbox"/> Tangan Kanan Mulai Dari Pergelangan
Right Hand From Wrist On | <input type="checkbox"/> Jempol Kanan
Right Thumb | <input type="checkbox"/> Jari Telunjuk Kiri
Left Index Finger | <input type="checkbox"/> Jari Manis Kiri
Left Ring Finger |
| <input type="checkbox"/> Satu Tangan dan Satu Mata
One Hand and One Eye | <input type="checkbox"/> Tangan Kiri Mulai Dari Pergelangan
Left Hand From Wrist On | <input type="checkbox"/> Jempol Kiri
Left Thumb | <input type="checkbox"/> Jari Kelingking Kanan
Right Little Finger | <input type="checkbox"/> Jari Tengah Kanan
Right Middle Finger |
| <input type="checkbox"/> Satu Kaki dan Satu Mata
One Foot and One Eye | | | | |

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Termasuk Lab, Xray, CT Scan, Patologi, Dll) :
 Supporting Examination Result (Including Lab, Xray, CT Scan, Pathology Result, Etc)

Diagnosa :
 Diagnosis

Pengobatan :
 Treatment

Operasi (Jika Dilakukan) :
 Surgery (If Done)

Tanggal Pertama Kali Diagnosa Ditegakkan : / / (tgl/bln/thn)
 Date of First Diagnosis (dd/mm/yyyy)

Apakah Kondisi Pasien Dapat Disembuhkan? : Ya, perkiraan waktu penyembuhan : Bulanan Tahunan
 Can Patient's Condition Be Cured? Yes, estimated healing time : Months Years
 Tidak
 No

Apakah Pasien Mengunjungi Anda Lebih dari Satu Kali untuk Konsultasi atau Mendapat Perawatan?
 Has the Patient Visited You more than Once for a Consultation or Treatment?

Ya, Sebagai berikut :
 Yes, as Follows :

Kunjungan ke- Sequence of Visit	1	2	3
Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn) Date of Visit (dd/mm/yyyy)			
Tanda dan Gejala Medis Medical Sign and Symptoms			
Pemeriksaan yang Didapat Examination Result			
Diagnosa Diagnosis			
Pengobatan dan Pembedahan Jika Ada Treatment Given and Surgery If Any			

Tidak
 No

Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani Konsultasi atau Perawatan dengan Dokter selain Anda?
 Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before with other Doctors?

Ya, Sebagai Berikut :
 Yes, as Follows

Kunjungan ke- Sequence of Visit	1	2	3
Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn) Date of Visit (dd/mm/yyyy)			
Diagnosa Diagnosis			
Nama Dokter Name of Doctor			
Nama Rumah Sakit Name of Hospital			
Alamat Tempat Tinggal Dokter Address of Doctor's Residence			
Telepon Rumah/Kantor Dokter Doctor's Home/Office Phone Number			
Telepon Seluler Dokter Doctor's Cellphone Number			

Tidak
 No

Penyebab Kondisi di atas Berhubungan atau Diakibatkan oleh (Mohon Beri Tanda ✓ pada Pilihan yang Sesuai) :
 The Underlying Cause of Death Above is Related to or as a Result of (Please Make ✓ Where Applicable)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tindakan/Percobaan Bunuh Diri/Pencideraan Diri Sendiri
Acts/Attempted Suicide/Self-injury | <input type="checkbox"/> Aktivitas/Olahraga Berbahaya
Dangerous Activities/Sport | <input type="checkbox"/> Dinas Militer/Kepolisian
Military/Police Service |
| <input type="checkbox"/> Tindakan/Percobaan Tindakan Kejahatan Melawan Hukum
Acts/Attempted Crime Against the Law | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS
HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Penggunaan Narkotika, Alkohol, Racun, Gas, Bahan Sejenis, atau Obat Tanpa Resep Dokter
Use of Narcotics, Alcohol, Toxins, Gas, Similar Ingredients, or Medicines without a Doctor's |
| <input type="checkbox"/> Penerbangan Non-Komersial/Helikopter/Tidak berjadwal
Non-commercial/Helicopter/Non-scheduled Flight | <input type="checkbox"/> Penyakit Menular Seksual
Sexually Transmitted Disease | <input type="checkbox"/> Kehamilan, kelahiran, keguguran, atau komplikasinya
Pregnancy, Delivery, Miscarriage, or its complication |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Kejiwaan/Gangguan Sistem Saraf
Psychiatric or Nervous System Disorder | <input type="checkbox"/> Penyakit Menular Lainnya
Other Infectious Disease | <input type="checkbox"/> Lain-lain : |
| <input type="checkbox"/> Penyakit/Ketidakmampuan Bawaan
Congenital Disease/Disability | | |

Penyakit Lain yang Dialami Pasien yang berhubungan dengan kondisi pasien saat ini :
 Other diseases experienced by patients related to the patient's current condition :

No	Nama Penyakit Name of Disease	Tanggal Pertama Kali Dialami (tgl/bln/thn) Date of First Onset (dd/mm/yyyy)	Nama Dokter Name of Doctor	Alamat Dokter Address of Doctor
1				
2				
3				
4				

Informasi Tambahan Lainnya (Jika ada) :

**PERNYATAAN DOKTER
 DOCTOR DECLARATION**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini adalah dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap, benar, dan sejujur-jujurnya.
 I, who sign below is the attending physician declare that I have read and answer all above questions completely, correctly and truthfully.

Ditanda Tangan di :
 Signed in

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)
 Date (dd/mm/yyyy)

Tanda tangan & Nama Dokter
 Doctor's Signature & Name

Cap Rumah Sakit
 Hospital Stamp