

# KETERANGAN CACAT TETAP AKIBAT KECELAKAAN

(Diisi oleh dokter yang menangani/merawat korban)

## 1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Fasilitas Kesehatan :

Alamat :

menerangkan bahwa berdasarkan pemeriksaan pada tanggal ....., korban dengan identitas di bawah ini **benar telah menjadi cacat tetap** akibat kecelakaan yang dialaminya.

## 2. Identitas korban :

Nama : umur tahun,  Laki-laki  Perempuan

Alamat :

## 3. Riwayat perawatan korban

Tindakan	Waktu	Tempat Perawatan
- Rawat inap	Tanggal s.d.	
- Rawat jalan	Tanggal s.d.	

Korban mendapat tindakan operasi pada tanggal : .....

Penjelasan mengenai operasi yang dilaksanakan : .....

## 4. Penjelasan mengenai cacat tetap yang diderita korban :

a. Bagian/anggota tubuh yang mengalami cacat tetap adalah.....

b. Bagian/anggota tubuh yang cacat tetap

mendapatkan tindakan amputasi/operasi pengangkatan

tidak mendapatkan tindakan amputasi/operasi pengangkatan.

c. Uraian mengenai perubahan bentuk fisik bagian/anggota tubuh yang mengalami cacat tetap:

d. Khusus cacat tetap yang merupakan penurunan fungsi (bukan hilang/diamputasi/diangkat), dibandingkan bagian/anggota tubuh normal, perkiraan penurunan fungsi yang dialami oleh bagian/anggota tubuh yang cacat adalah sebesar ..... %.

Dengan mengingat sumpah jabatan, keterangan cacat tetap korban akibat kecelakaan ini dibuat dengan sebenarnya di ..... tanggal .....

Tanda tangan dan stempel Fasilitas Kesehatan

Nama lengkap: dr. ....



Formulir ini diberikan secara cuma-cuma oleh PT. Jasa Raharja (Persero)