

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 di lakukan

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