



Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK) Pengajuan Oleh Rumah Sakit

- Mengisi Formulir Permintaan Pembayaran (FPP);
- Identitas diri (KTP) pemohon;
- Surat Jaminan;
- Rincian Tagihan;
- Kwitansi asli biaya perawatan;
- Surat Keterangan Dokter (Form TASPEN-3) ATAU (Form TASPEN-4) untuk kejadian Penyakit Akibat Kerja (PAK)
- Surat Rujukan Dokter (apabila memerlukan perawatan lebih lanjut)
- Salinan resume medis dan dokumen pendukung (hasil lab, radiologi, transfuse, copy resep, laporan operasi, dll)
- Rekening Rumah Sakit/Faskes



PT TASPEN (PERSERO)

Jl. Letjend Suprpto No. 45

Cempaka Putih, Jakarta Pusat 10520

TASPEN-3

SURAT KETERANGAN DOKTER

KASUS KECELAKAAN KERJA

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta Taspem dibawah ini:

Nama Dokter :

Fasilitas Kesehatan : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta*

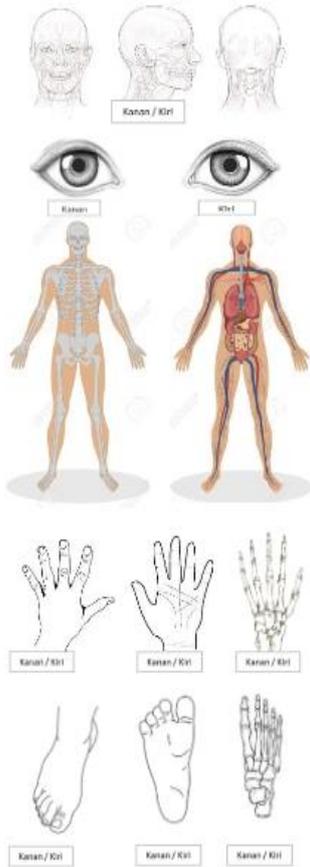
Alamat Fasilitas Kesehatan:

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1 Identitas Peserta	
Nama Peserta	
Jenis Kelamin	
NIP/NOTAS	
Tempat dan Tanggal Lahir	
Alamat	
Nomor Telepon	
2 Instansi	
Nama Instansi	
Alamat	
Nomor Telepon	
3 Anamnesa	
Tanggal Kecelakaan	
Tanggal Pemeriksaan Dokter	
Berdasarkan Anamnesa	

4 Pemeriksaan Fisik

Bagian tubuh luar yang cedera*



Kepala (batok kepala)	<input type="checkbox"/>		
Dahi Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Gigi	<input type="checkbox"/>
Mata Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Mulut	<input type="checkbox"/>
Hidung Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Dagu	<input type="checkbox"/>
Pelipis Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Leher	<input type="checkbox"/>
Pipi Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Tenggorokan	<input type="checkbox"/>
Telinga Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Lidah	<input type="checkbox"/>
Rahang Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Jakun	<input type="checkbox"/>

Bahu Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Dada Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
Perut Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Tulang Rusuk Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
Pinggul Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Pusar	<input type="checkbox"/>

Penis	<input type="checkbox"/>	Skrotum	<input type="checkbox"/>
Vagina	<input type="checkbox"/>	Klitoris	<input type="checkbox"/>

Telapak Kaki Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Telapak Tangan Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
Tumit Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Lengan Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
Jari Kaki Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Siku Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
Pergelangan Tangan Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>		
Jari tangan Kanan / Kiri pada jari Pada Ruas Jari			

Paha Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Lutut Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Betis Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>	Tulang Kering Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

Pergelangan Kaki Kanan / Kiri	<input type="checkbox"/>		
-------------------------------	--------------------------	--	--

Jari kaki Kanan / Kiri pada jari Pada Ruas Jari

Uraia Lain-lain:

Bagian tubuh bagian dalam yang cedera

Ginjal	<input type="checkbox"/>	Esofagus	<input type="checkbox"/>	Kandung kemih	<input type="checkbox"/>	Ovarium	<input type="checkbox"/>
Lambung	<input type="checkbox"/>	Thymus	<input type="checkbox"/>	Hati	<input type="checkbox"/>	Kulit	<input type="checkbox"/>
Limpa	<input type="checkbox"/>	Testis	<input type="checkbox"/>	Usus halus	<input type="checkbox"/>	Tiroid	<input type="checkbox"/>
Jantung	<input type="checkbox"/>	Paratiroid	<input type="checkbox"/>	Mata	<input type="checkbox"/>	Pankreas	<input type="checkbox"/>
Usus besar	<input type="checkbox"/>	Arteri	<input type="checkbox"/>	Kandung empedu	<input type="checkbox"/>	Pituitari	<input type="checkbox"/>
Paru-paru	<input type="checkbox"/>	Vena	<input type="checkbox"/>	Otak	<input type="checkbox"/>	Rahim	<input type="checkbox"/>

Uraian Lain-lain

5 Diagnosa

6	Tatalaksana Medis yang Diberikan	
7	Hasil Pemeriksaan / Pengobatan*	Sembuh tanpa cacat <input type="checkbox"/> Kasus kambuh <input type="checkbox"/> Cacat anatomis karena kehilangan anggota badan <input type="checkbox"/> Cacat fungsi pada anggota badan <input type="checkbox"/> dengan besarnya cacat fungsi% (Lihat tabel persentase cacat) <input type="checkbox"/> Memerlukan Orthesa/Prosthesa berupa <input type="checkbox"/> Meninggal dunia pada <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
8	Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan:*	Biasa / Ringan dengan kondisi tertentu berupa <input type="checkbox"/> Tidak Dapat Bekerja <input type="checkbox"/> Terhitung Tanggal S.d.
9	Lamanya Perawatan / Pengobatan	Dari S.d.
10	Diberikan Istirahat	Dari S.d.
11	Keterangan lainnya jika perlu	

Dengan ini saya menyatakan bahwa dan keterangan yang saya sampaikan kepada PT Taspen Persero) dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja adalah benar

*Coret yang tidak perlu

Kota/Kab :

Tanggal :

.....
(Tanda tangan dokter dan stempel fasilitas Kesehatan)

Nama :

Tembusan :

*BKN Regional

*Instansi terkait

*PT Taspen (Persero)



PT TASPEN (PERSERO)

Jl. Letjend Suprpto No. 45

Cempaka Putih, Jakarta Pusat 10520

TASPEN-4

SURAT KETERANGAN DOKTER

PENYAKIT AKIBAT KERJA

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta Taspem dibawah ini:

Nama Dokter :

Fasilitas Kesehatan : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta*

Alamat Fasilitas Kesehatan:

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

1 Identitas Peserta	
Nama Peserta	
Jenis Kelamin	
NIP/NOTAS	
Tempat dan Tanggal Lahir	
Alamat	
Nomor Telepon	
2 Instansi	
Nama Instansi	
Alamat	
Nomor Telepon	
3 Anamnesa	
Tanggal Diagnosa PAK	
Berdasarkan Anamnesa	

4		Pemeriksaan Fisik	
	Berdasarkan Pemeriksaan Fisik & Penunjang diagnostik		
5		Tatalaksana Medis yang Diberikan	
6	Diagnosa Penyakit Akibat Kerja		
7	Kelompok Penyakit Akibat Kerja	<input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh pajan faktor yang timbul dari aktifitas pekerjaan: <input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh faktor kimia <input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh faktor fisika <input type="checkbox"/> Penyakit yang disebabkan oleh faktor biologi <input type="checkbox"/> Penyakit akibat kerja berdasarkan target organ <input type="checkbox"/> Penyakit Kanker akibat kerja <input type="checkbox"/> Penyakit lainnya	
8	Hasil Pemeriksaan / Pengobatan*	Sembuh tanpa cacat <input type="checkbox"/> Kasus kambuh <input type="checkbox"/> Cacat anatomis karena kehilangan anggota badan <input type="checkbox"/> Cacat fungsi pada anggota badan <input type="checkbox"/> dengan besarnya cacat fungsi% (Lihat tabel persentase cacat) <input type="checkbox"/> Memerlukan Orthesa/Prosthesa berupa <input type="checkbox"/> Meninggal dunia pada <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
9	Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan:*	Biasa / Ringan dengan kondisi tertentu berupa <input type="checkbox"/> Tidak Dapat Bekerja <input type="checkbox"/> Terhitung Tanggal S.d.	
10	Lamanya perawatan/pengobatan	Dari S.d.	
11	Diberikan Istirahat	Dari S.d.	

12	Keterangan lainnya jika perlu	

*Coret yang tidak perlu

Dengan ini saya menyatakan bahwa dan keterangan yang saya sampaikan kepada PT Taspen Persero) dalam rangka pelaporan kasus penyakit akibat kerja adalah benar.

Kota/Kab :

Tanggal :

.....
(Tanda tangan dokter dan stempel fasilitas kesehatan)

Nama :

Tembusan :

*BKN Regional

*Instansi terkait

*PT Taspen (Persero)