

## Lampiran 11

### KETERANGAN KESEHATAN KORBAN AKIBAT KECELAKAAN

(Diisi oleh Rumah Sakit/Puskesmas yang merawat)

**1. Yang bertanda tangan dibawah ini:**

N a m a : \_\_\_\_\_

Dari Rumah Sakit/Puskesmas/balai/Pengobatan :

Milik :  Pemerintah  Swasta

A l a m a t : \_\_\_\_\_

Menerangkan bahwa pada tanggal .....telah memeriksa korban  
**akibat Kecelakaan** .....

Atas Nama :

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan Umur : Thn.

A l a m a t : \_\_\_\_\_

Keadaan Korban :  Meninggal Dunia  Luka berat  Luka Ringan  Cacat Tetap

**2. Penjelasan keadaan korban :**

a. Cedera yang diderita korban

b. Penyakit yang diderita (Diagnosa)

c. Tindakan pertolongan yang telah/akan dilakukan terhadap korban :

| Tindakan Pertolongan  | Tempat | Waktu        |
|-----------------------|--------|--------------|
| - Pertolongan pertama | di     | Tanggal s.d. |
| - Tindakan operasi    | di     | Tanggal s.d. |
| - Perawatan           | di     | Tanggal s.d. |
| - Berobat jalan       | di     | Tanggal s.d. |
| - Dirujuk             | ke     | Tanggal      |

**Penjelasan singkat tindakan operasi:**

Dengan mengingat sumpah jabatan, Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya,

Di ..... Tanggal .....

Tanda tangan dan cap Pejabat/Instansi  
Yang berwenang

(Nama dan Jabatan ..... )

Berikan tanda(√)



Formulir ini disediakan secara Cuma-Cuma oleh PT. Jasa Raharja (Persero)