

Note : yang mengisi formulir ini adalah pasien / pihak pasien dan diketahui petugas RS/Klinik

## PERNYATAAN KRONOLOGIS

### YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI

Nama : \_\_\_\_\_  
 Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_  
 No. POLIS dan REGISTER : \_\_\_\_\_

MENERANGKAN : \_\_\_\_\_  
 Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
 Umur Pasien : \_\_\_\_\_  
 Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_  
 No. POLIS dan REGISTER : \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan pasien : \_\_\_\_\_

**JENIS TRAUMA (beri tanda pada kotak)**

- ( ) Kecelakaan Lalu Lintas  
 ( ) BUKAN Kecelakaan Lalu Lintas

Kecelakaan masih dalam jam kerja : ( ) Ya / ( ) Tidak  
 Perlindungan JAMSOSTEK dari perusahaan : ( ) Ada / ( ) Tidak  
 Waktu terjadinya kecelakaan tgl/bln/thn : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PK : \_\_\_\_:\_\_\_\_  
 Tempat Kejadian : \_\_\_\_\_

### KRONOLOGIS TRAUMA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### UNTUK KECELAKAAN LALU LINTAS HARAP MENGGISI KETERANGAN BERIKUT:

JENIS KENDARAAN (Motor/Mobil/Sepeda Kayuh) : .....

**Pasien adalah :** (beri tanda pada kotak)

( ) PENGENDARA      ( ) PENUMPANG      ( ) PEJALAN KAKI      ( ) LAIN-LAIN

**Bila Pasien Pengendara, apakah Pasien memiliki SIM ?** (beri tanda pada kotak)

( ) MEMILIKI SIM      ( ) TIDAK MEMILIKI SIM

**Jenis SIM yang dimiliki Pasien :** (beri tanda pada kotak)

( ) SIM A      ( ) SIM B      ( ) SIM C      ( ) SIM D

**Perhatian: - KETERANGAN INI SAYA BUAT DENGAN SEBENAR-BENARNYA & TIDAK DAPAT SAYA TARIK/UBAH DI KEMUDIAN HARI**  
**- KETERANGAN DI ATAS SAYA NYATAKAN DALAM KEADAAN SADAR & TANPA INTERVENSI DARI PIHAK MANA PUN**  
**- KHUSUS UNTUK PENGENDARA, WAJIB MENGIRIMKAN FOTOCOPY SIM SAAT PELAPORAN**

Yang memberikan pernyataan,

TTD

( \_\_\_\_\_ )  
**Tanda tangan dan nama jelas**

Pihak RS,

TTD

( \_\_\_\_\_ )  
**Tanda tangan dan nama jelas**