

Format Surat Keterangan Penyandang
Disabilitas untuk Tenaga Kesehatan

FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS

KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN

Nama	:	Jenis Kelamin: Laki/Perempuan ¹⁾
Umur	:	
NIK	:	
Ada Disabilitas	:	Ya/Tidak ²⁾
Lokasi Disabilitas	:	
	-	Susunan syaraf pusat; sebutkan _____
	-	Organ Penginderaan; sebutkan _____
	-	Extremitas atas kanan/kiri/keduanya ³⁾
	-	Tangan dominan kanan/kiri ³⁾
	-	Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya ³⁾
	-	Lain-lain _____

ANAMNESIS⁴⁾

1. Riwayat disabilitas :	- Sejak lahir, diagnosa _____
	- Sesudah kecelakaan, pada tahun _____, diagnosa _____
	- Sesudah sakit, pada tahun _____, diagnosa _____
2. Kemampuan mengurus diri ⁵⁾ :	
- Mampu	
- Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa _____	
- Perlu bantuan penuh orang lain	
3. Bepergian keluar rumah:	
- Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga ⁶⁾	

HASIL PEMERIKSAAN⁷⁾

4. Jenis Disabilitas:	
a. Disabilitas Fisik	
1) Amputasi (Tangan/Kaki) ⁸⁾	
2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah	
3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)	
4) Cerebral Palsy (CP)	
b. Disabilitas Sensorik	
1) Netra	
a) Buta total	
b) Persepsi cahaya/low vision	
2) Rungu	
3) Wicara	
c. Disabilitas Intelektual	
1) Disabilitas grahita	
2) Down syndrome	