

**KOP SURAT
RUMAH SAKIT / PUSKESMAS**

SURAT KETERANGAN DISABILITAS
NOMOR :

Nama :
Umur :
NIK :
Jenis Kelamin :
Lokasi Disabilitas :
Riwayat Disabilitas *) : Sejak Lahir, diagnosa :
: Sesudah Kecelakaan, pada tahun , diagnosa.....
: Sesudah sakit, pada tahun , diagnosa

Kemampuan mengurus diri *) : Mampu
: Sebagian bisa, jelaskan yang tidak bisa
: Perlu bantuan penuh orang lain

Bepergian keluar rumah *) : Bisa sendiri
: Perlu diantar anggota keluarga

Jenis Disabilitas *) : a. Disabilitas Fisik
1. Amputasi (tangan/kaki)
2. Kelemahan bagian anggota gerak atas dan bawah
3. Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah 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
d. Disabilitas Mental
1. Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas dan Gangguan Kepribadian)
2. Disabilitas Perkembangan (Autis/Hiperaktif)

Derajat Disabilitas Fisik :
Alat Bantu yang digunakan *) : 1. Ada, sebutkan :
2. Tidak ada.
Penyakit lain *) : 1. Ada, sebutkan :
2. Tidak ada.
Pengobatan *) : 1. Ada, sebutkan :
2. Tidak ada.

Catatan Tambahan :
lainnya :
:
:

Kota dan tanggal pemeriksaan

Nama Dokter
NIP/NRP/NIPP

Keterangan :

*) Wajib dipilih dan diisi sesuai kondisi disabilitasnya