

LAPORAN PEMERIKSAAN MULUT (ORAL EXAMINATION REPORT)

(Semua bagian harus diisi dengan lengkap/ All sections must be completed)

Mohon dapat mengirimkan seluruh dokumen dan kelengkapan klaim ke:

Please send all claims and inquiries to:

PT. International Services Pacific Cross

Menara Cakrawala 8th Floor, Jl. M.H. Thamrin No.9 Jakarta 10340,
Indonesia t. (+62 21) 2359 9355
www.pacificcross.co.id

BAGIAN A - INFORMASI DARI PASIEN

SECTION A – PARTICULARS OF THE EXAMINEE

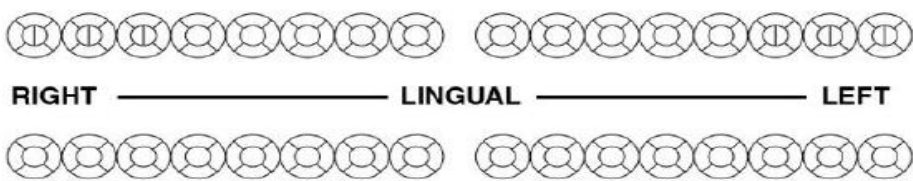
Nama (Name)	Tanggal Lahir/Date of Birth (MM/DD/YY)	Jenis Kelamin (Sex)
Tanggal Pemeriksaan/Examination Date (MM/DD/YY)	No. Peserta (Member No.)	No. Polis (Policy No.)
Jika asuransi kumpulan, nama dari Pemegang Polis (If group insurance, name of the Policyholder)		

BAGIAN B – LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTER GIGI

SECTION B – EXAMINING DENTIST'S REPORT

1. Apakah pernah dilakukan foto Roentgen pada waktu pemeriksaan ini? (Have any dental X-rays been taking during this examination?) Jika "Ya", mohon berikan indikasi dan alasan dilakukannya pemeriksaan foto Roentgen tersebut (If "Yes", please describe nature of X-rays and reason for taking such:)	Ya ☐ (Yes)	Tidak ☐ (No)
2. Mohon jelaskan kondisi gigi geligi secara umum (jika ada)/Please describe general condition of dentures (if any)?		
3. Kelainan atau pengamatan lain : Mohon jelaskan (Other abnormalities or observations: please specify)		
4. Laporan Bagan dari Pemeriksaan Mulut (sesuai dengan simbol dan warna pada lembar selanjutnya)/Diagfragmatic Report on Oral Examination (as per symbols and colours overleaf)		

LABIAL



RIGHT LINGUAL LEFT

LABIAL

Nama Dokter Gigi

(Name of Dentist:)

Alamat

(Address:)

No. Telepon

(Telephone No.):

Surel

(E-mail:)

Tandatangan Dokter Gigi dengan Cap
(Signature of Dentist with Stamp)

Tanggal

(Date:)

Kode Laporan Pemeriksaan (*Examination Reprting Code*)

- Mohon catat temuan dari Pemeriksaan Anda (termasuk Foto Roentgen) pada halaman sebelumnya dengan simbol dan warna berikut:
(Please record findings of your examination (including X-rays) on the report form overleaf with the following symbols and colours:)

Gigi dicabut sebelumnya (*Tooth previously extracted*)



Gigi memerlukan pencabutan saat ini (*Tooth now requiring extraction*)



Tambalan sebelumnya - dalam kondisi baik (*Previous filling – in sound condition*)



Tambalan sebelumnya - saat ini memerlukan perawatan (*Previous filling – now requires attention*)



Karies gigi yang memerlukan tambalan (*Cavity requiring filling*)



Abses akar gigi (*Root Abscesses*)



Peradangan Gusi (*Gingivitis*)



Peradangan Jaringan Sekitar Gigi (*Periodontitis*)



Protesa Gigi (dalam keadaan baik)/Bridge (*in sound condition*)



Protesa Gigi yang memerlukan perbaikan (*Bridge requiring attention*)



Protesa mahkota gigi - dalam kondisi baik (*Crown – in sound condition*)



Protesa mahkota gigi - memerlukan perbaikan (*Crown – now requires attention*)



Impaksi Gigi Bungsu (*Wisdom Teeth impacted*)



- Mohon tandai posisi dari gigi tiruan saat ini pada gigi geligi seperti ilustrasi berikut
(Please mark position of artificial teeth currently on dentures as per ilustrasi:)

