

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 Rontgen 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:) _____

Tanda tangan Dokter Gigi dengan Cap
(Signature of Dentist with Stamp)

Tanggal
(Date:) _____

Kode Laporan Pemeriksaan (*Examination Reprting Code*)

1. Mohon catat temuan dari Pemeriksaan Anda (termasuk Foto Rontgen) 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*)



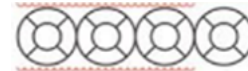
Abses akar gigi
(*Root Abscesses*)



Peradangan Gusi
(*Gingiivitis*)



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*)



2. 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 illustration.*)

