

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

LAPORAN PEMERIKSAAN MULUT (*ORAL EXAMINATION REPORT*)

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

BAGIAN A - INFORMASI DARI PASIEN

SECTION A - PARTICULARS OF THE EXAMINEE

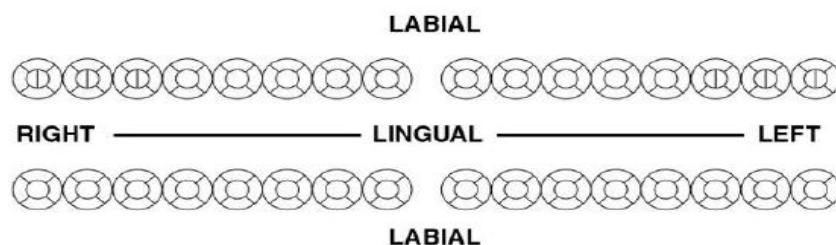
Nama (<i>Name</i>)	Tanggal Lahir (<i>Date of Birth</i>) - (DD/MM/YYYY)	Jenis Kelamin (<i>Sex</i>)
Tanggal Pemeriksaan (<i>Examination Date</i>) (MM/DD/YYYY)	No. Peserta (<i>Member No.</i>)	No. Polis (<i>Policy No.</i>)
Jika asuransi kumpulan, nama dari Pemegang Polis (<i>If group insurance, name of the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

BAGIAN B - LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTER GIGI

SECTION B - EXAMINING DENTIST'S REPORT

1. Apakah pernah dilakukan foto Roentgen pada waktu pemeriksaan ini? (<i>Have any dental X-rays been taking during this examination?</i>) Jika "Ya", mohon berikan indikasi dan alasan dilakukannya pemeriksaan foto Roentgen tersebut (<i>If "Yes", please describe nature of X-rays and reason for taking such:</i>)	Ya / <i>Yes</i> ☐	Tidak / <i>No</i> ☐
2. Mohon jelaskan kondisi gigi geligi secara umum (jika ada) (<i>Please describe general condition of dentures (if any?)</i>)		
3. Kelainan atau pengamatan lain : Mohon jelaskan (<i>Other abnormalities or observations: please specify</i>)		

4. Laporan Bagan dari Pemeriksaan Mulut (sesuai dengan simbol dan warna pada lembar selanjutnya)
Diagrammatic Report on Oral Examination (as per symbols and colours overleaf)



Nama Dokter Gigi : _____
(*Name of Dentist*)
Alamat (*Address*) : _____

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

No. Telepon : _____
(*Telephone No.*)

Surel (*E-mail*) : _____

Tanggal
(*Date*) _____

Kode Laporan Pemeriksaan (*Examination Reporting 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 colors:*)

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 illustration:*)

