

Surat Keterangan Dokter untuk Pengajuan Klaim Meninggal Dunia

1. Nama pasien/ <i>Patient Name</i>	:		
2. No Rekam Medik/ <i>Medical Record No</i>	:		
3. Tanggal lahir/ <i>Date of Birth</i>	:	- -	tgl/bln/thn / day/month/year
4. Usia / Age	:	_____ Tahun / Years	
5. Jenis Kelamin/ Sex	:	☐ Laki-laki/Male ☐ Perempuan/Female	
6. Tanggal perawatan/ <i>Date of treatment</i>	:	s/d / to	
7. Tanggal Meninggal Dunia/ <i>Date of Death</i>	:	- -	tgl/bln/thn / day/month/year
8. Anamnesa/riwayat penyakit/ <i>Anamneses; history of disease</i>	:		
9. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien <i>Date of first occurrence of the symptom and complain</i>	:	- -	tgl/bln/thn / day/month/year
10. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan tersebut / <i>Date of first consultation for this disease</i>	:	- -	tgl/bln/thn / day/month/year
11. Nama dan alamat dokter yang merujuk / <i>Name and address of referral doctor</i>	:		
12. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT Scan, hasil PA dll / <i>Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc)</i>	:		
13. Diagnosa atau dugaan diagnosa <i>Final diagnosis or working diagnosis</i>	:		
14. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan <i>Date of first diagnosis</i>	:	- -	tgl/bln/thn / day/month/year
15. Penyebab Kematian/ Cause of Death	:		

16. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda pada pilihan)/*Diagnose above is related to (please where applicable):*

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Kesuburan/ <i>Fertility</i> | ☐ Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | ☐ Kecelakaan/ <i>Accident</i> |
| ☐ Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | ☐ Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> | ☐ AIDS |
| ☐ Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i> | ☐ Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> | ☐ Pekerjaan/ <i>Occupation</i> |

17. Diagnosa tersebut akibat dari/*The diagnosis above is as a result of :*

- | | |
|---|--|
| ☐ Kecelakaan/ <i>Accident</i> | ☐ Penyalahgunaan obat bius/ <i>Drug abuse</i> |
| ☐ Konsumsi alcohol/ <i>Alcoholism</i> | ☐ Olahraga berbahaya/ <i>Dangerous sport</i> |
| ☐ Percobaan bunuh diri/ <i>Suicide attempt</i> | ☐ Perang atau huru hara/ <i>War or riot</i> |

18. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya? * : ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

*Has the patient ever been consulted/hospitalized before? **

Jika Ya/If Yes:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| a. Tanggal/ <i>Date</i> | : | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | <small>tgl-bln-thn / day-month-year</small> |
| b. Diagnosa/ <i>Diagnosis</i> | : | <input type="text"/> | |
| c. Nama dokter/ <i>Name of doctor</i> | : | <input type="text"/> | |
| d. Nama rumah sakit/ <i>Name of hospital</i> | : | <input type="text"/> | |

19. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya penyakit / kelainan tersebut *

Underlying disease related to this illness/disorder :

Uraian singkat penyakit / <i>Brief Description of Illness(es)</i>	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / <i>Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)</i>	Nama dan alamat dokter yang merawat / <i>Name and address of attending doctor</i>

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.

Nama dokter/*Name of doctor* :

Alamat/*Address* :

Tempat & tanggal/*Place & Date* :

Tandatangan dokter & stempel rumah sakit / dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor