

Surat Keterangan Dokter Untuk Pengajuan Klaim Meninggal Dunia
Attending Physician Statement for Death Claim

1. Nama pasien/
Patient Name : _____
2. No Rekam Medik/
Medical Record No : _____
3. Tanggal lahir/
Date of Birth : - - tgl/bln/thn / day/month/year
4. Usia / Age : _____ Tahun / Years
5. Jenis Kelamin/
Sex : Laki-laki/*Male* Perempuan/*Female*
6. Tanggal perawatan/
Date of treatment : s/d / to
7. Tanggal Meninggal Dunia/
Date of Death : - - tgl/bln/thn / day/month/year
8. Anamnesa/riwayat penyakit/
Anamneses; history of disease : _____

9. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien
Date of first occurrence of the symptom and complain : - - tgl/bln/thn / day/month/year
10. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan
tersebut / *Date of first consultation for this disease* : - - tgl/bln/thn / day/month/year
11. Nama dan alamat dokter yang merujuk /
Name and address of referral doctor : _____

12. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan,
hasil PA dll /
*Physical examination result (lab, X-ray, CT scan,
clinical Pathology Result, etc)* : _____

13. Diagnosa atau dugaan diagnosa
Final diagnosis or working diagnosis : _____

14. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan
Date of of first diagnosis : - - tgl/bln/thn / day/month/year
15. Penyebab Kematian/
Couse of Death : _____

Customer Contact Center : (+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00 WIB)
 WhatsApp : (+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00 WIB)
 SMS : 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greateasternlife.com

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

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat bius/ <i>Drug abuse</i> |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol/ <i>Alcoholism</i> | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya/ <i>Dangerous sport</i> |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/ <i>Suicide attempt</i> | <input type="checkbox"/> 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/*Date* : - -
tgl-bln-thn /day-month-year
- b. Diagnosa/*Diagnosis* : _____
- c. Nama dokter/*Name of doctor* : _____
- d. Nama rumah sakit/*Name of hospital* : _____

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