

**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 first diagnosis* :   -   -     tgl/bln/thn / day/month/year
15. Penyebab Kematian/  
*Cause of Death* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda  $\surd$  pada pilihan)/Diagnose above is related to (please  $\surd$  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/ <i>Date</i>                      | : | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <small>tgl-bln-thn / day-month-year</small> |
| b. Diagnosa/ <i>Diagnosis</i>                | : | _____   |   |
| c. Nama dokter/ <i>Name of doctor</i>        | : | _____   |   |
| d. Nama rumah sakit/ <i>Name of hospital</i> | : | _____   |   |

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**