

# SURAT KETERANGAN DOKTER (untuk Klaim Meninggal)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati,  
 Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui. Terima Kasih

## Data-data Pasien/Almarhum/-ah

Nama Pasien/Almarhum/-ah :  No. Rekam Medis :   
 Tanggal Lahir : -- (tgl-blm-thn) Usia  Thn Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
 Alamat Pasien/Almarhum/-ah :

## Penyebab Meninggal Dunia

Keadaan yang menyebabkan meninggal dunia :  Penyakit  Kecelakaan  Lainnya   
 Tempat meninggal dunia :   
 Tanggal dan jam meninggal dunia : -- (tgl-blm-thn) Jam

## Jika Meninggal Dunia karena Penyakit

Penyebab utama meninggal dunia :   
 Diagnosa penyakit :   
 Sejak kapan mulai menderita penyakit tersebut : -- (tgl-blm-thn)

## Jika Meninggal Dunia karena Kecelakaan

Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat :   
 Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan lainnya? :  Ya  Tidak  
 Jika YA, mohon jelaskan

## Jika Meninggal Dunia karena Penyebab Lain

Mohon jelaskan :   
 Apakah sejawat hadir pada waktu meninggalnya Almarhum? :  Ya  Tidak

**Jika YA,**  
 Keluhan dan gejala gangguan kesehatan yang terakhir sebelum la meninggal dunia? :   
 Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal dunia? :

**Jika TIDAK,**  
 Kapan sejawat terakhir merawat pasien ini sebelum la meninggal dunia? : -- (tgl-blm-thn)

## Riwayat Penyakit

Kapan pertama kali pasien ini berkonsultasi dengan sejawat :   
 Keluhan & gejala penyakit/gangguan kesehatan-nya :   
 Diagnosa sejawat atas penyakit/gangguan kesehatan-nya :

Apakah pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan hipertensi, DM, jantung, paru-paru, kejiwaan, bawaan, narkotika, HIV, lainnya? :  Ya  Tidak  
 Diagnosa  Diderita sejak

Apakah penyebab kematian pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit di atas :  Ya  Tidak  
 Diagnosa  Diderita sejak

Mohon sebutkan nama, alamat, dokter/rumah sakit yang sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini :

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter :  Spesialisasi :   
 Alamat Dokter/RS :  No. Telepon/HP :

Tempat & Tanggal :  Tanda Tangan Dokter :  Stempel Rumah Sakit :