

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-bl-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-bl-thn) Jam

Jika Meninggal Dunia karena Penyakit

Penyebab utama meninggal dunia :
 Diagnosa penyakit :
 Sejak kapan mulai menderita penyakit tersebut : -- (tgl-bl-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-bl-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 :