

## SURAT KETERANGAN DOKTER

SEMUA PERTANYAAN HARAP DIJAWAB DENGAN LENGKAP DAN BENAR

|  |  |
|--|--|
| 1. Nama lengkap Pasien   |  |
| 2. Tanggal Lahir / Usia  |  |
| 3. Tempat dan tanggal meninggal dunia  | Tempat _____<br>Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____  |
| 4. (a) Apakah anda adalah dokter yang merawat Pasien selama menderita penyakitnya yang terakhir?<br><br>(b) Apakah anda ada pada saat kematian terjadi ?   | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak<br><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 5. Penyebab kematian   | <input type="checkbox"/> Sakit, diagnosa penyakit : _____<br><input type="checkbox"/> Kecelakaan, diagnosa : _____       |
| 6. Jika penyebab kematian adalah karena sakit, berapa lama Pasien menderita sakit ? Mohon mencantumkan tanggal pertama kali menderita penyakit tersebut  | Lama menderita sakit : _____<br>Tanggal pertama kali menderita penyakit : _____  |
| 7. Jika penyebab kematian adalah karena kecelakaan, kapan kejadian kecelakaan terjadi dan sebutkan jenis kecelakaannya   | Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____<br>Jenis kecelakaan : _____<br>(lalu lintas/ kerja/ lain-lain, sebutkan jenisnya)  |
| 8. Tanggal perawatan   | Tanggal _____ sampai tanggal _____   |
| 9. Apakah anda memeriksa atau konsultasi dengan Pasien sebelum penyakitnya yang terakhir ?<br>Bila "Ya" kapan dan penyakit apa ?   | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak<br>Nama Penyakit : _____                                      |
| 10. Apakah Pasien diperiksa atau berkonsultasi dengan dokter lainnya dalam 2 tahun terakhir ?<br>Bila "Ya", nyatakan dengan dokter siapa dan penyakit apa ?  | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak<br>Nama Dokter : _____<br>Diagnosa penyakit : _____           |
| 11. Sebutkan tanggal pertama dan terakhir kali Pasien diperiksa dalam hubungannya dengan penyakit terakhir   | Kunjungan pertama : _____<br>Kunjungan terakhir : _____  |
| 12. (a) Apakah penyebab utama dari kematian ?<br>(b) Apakah penyebab langsung dari kematian ?<br>(c) Apakah almarhum/almarhumah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan penyakit atau keadaannya ? | (a) _____<br>(b) _____<br>(c) _____  |
| 13. (a) Apakah pemeriksaan dilakukan sesudah pasien meninggal ?<br>(b) Apakah suatu pemeriksaan secara legal mengenai penyebab kematian telah dilakukan ?  | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak<br><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| 14. Informasi lain yang ingin disampaikan sehubungan dengan pengajuan klaim ini.   |  |

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut diatas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ pada tanggal \_\_\_\_\_

Alamat dan Stempel Praktek / Rumah Sakit:

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Dokter Pemeriksa

Nama dokter ; \_\_\_\_\_

No. Telepon : \_\_\_\_\_