



SURAT KETERANGAN DOKTER – KLAIM INDIVIDU UNTUK MANFAAT MENINGGAL

(Di isi oleh dokter yang merawat)

Kepada yth, dokter yang merawat / mengobati

Mohon kesediaan dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan yang diketahui oleh dokter.

Informasi Tertanggung

Nama Pasien: _____ JK: P/W No. Rekam Medis/Pasien : _____

Tanggal Lahir : ____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)/ umur ____/Th Alamat Pasien : _____

Jenis Perawatan: Rawat Inap Pre/Post Rawat Inap Kecelakaan \geq / \leq 48 jam sebelum masuk RS
 Cacat Tetap Tindakan Bedah Pulang Hari Penyakit Kritis

Informasi Penyebab Meninggal

Tanggal & Jam Meninggal _____ (Tgl /Bln/Thn), Jam: _____

Tempat meninggal _____

Jika meninggal dirumah mohon jelaskan kronologisnya

Keadaan yang menyebabkan meninggal Kecelakaan Penyakit Lainnya mohon jelaskan _____

Diagnosa

Jika karena penyakit

Sejak kapan pasien mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama _____ (Tgl /Bln/Thn)/Sudah berapa lama _____

Dokter yang pernah merawat : _____ Rumah Sakit : _____

Hasil Pemeriksaan Penunjang
(Laboratory, Radiology, MRI, CT Scan,
Angiography, Pathology Anatomy, USG)

Jenis operasi (Jika dilakukan pembedahan): Tidak Ya, Sebutkan Tindakan Operasi _____

Jika berhubungan dengan kecelakaan

Kronologis kecelakaan : _____

Apakah penyebab kecelakaan berhubungan dengan atau disebabkan oleh:

Alkohol Tidak Ya, mohon jelaskan _____

Narkotika/ Obat-obatan lainnya Tidak Ya, mohon jelaskan _____

Riwayat penyakit terdahulu

Apakah Pasien ini menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan **Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV dan lainnya ?** Tidak Ya, mohon jelaskan

Diagnosa: _____ Diderita sejak _____

Rumah Sakit _____ Dokter yang merawat _____

Apakah penyebab kematian Pasien berhubungan dengan penyakit diatas ? Tidak Ya, mohon jelaskan _____

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar

Nama dokter : _____ SP _____

Alamat dokter : _____

No Telepon/No HP : _____

(Tanda Tangan dokter & Cap Rumah Sakit)