



# SURAT KETERANGAN DOKTER – KLAIM INDIVIDU UNTUK MANFAAT MENINGGAL

(Diisi 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 : \_\_\_\_\_ P / W  
Jenis Perawatan :  Rawat Inap  Pre/Post Rawat Inap  Kecelakaan ≥/≤ 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, mohon penjelasannya \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Tgl/Bln/Thn)

Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Alamat Dokter : \_\_\_\_\_

No Telephone/No HP : \_\_\_\_\_

(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)