



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 \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, 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 Hipertensi, 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)