

## SURAT KETERANGAN DOKTER/ ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT KLAIM MENINGGAL DUNIA/DEATH CLAIM

Nama Pasien <i>(Patient's name)</i> Tanggal Lahir/usia <i>(Date of birth/age)</i>	<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Laki-Laki <i>(Male)</i> <input type="checkbox"/> Wanita <i>(Female)</i> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 10px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">tahun</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>Tanggal (dd)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>bulan (mm)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> <td style="font-size: 8px;"></td> </tr> </table> </div>		/		/				tahun	<i>Tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>		<i>tahun (yy)</i>																	
	/		/				tahun																										
<i>Tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>		<i>tahun (yy)</i>																											
Nomor rekam medis <i>(Medical report number)</i>																																	
Tanggal perawatan/jumlah hari perawatan <i>(Date of hospitalization/ lengths of hospitalization)</i>	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">s.d</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">=</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">hari</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tanggal (dd)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>bulan (mm)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>(to)</i></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tanggal (dd)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>bulan (mm)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> <td style="font-size: 8px;"></td> <td style="font-size: 8px;"></td> <td style="font-size: 8px;"><i>(days)</i></td> </tr> </table> </div>		/		/		s.d		/		/		=				hari	<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>	<i>(to)</i>	<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>		<i>tahun (yy)</i>			<i>(days)</i>
	/		/		s.d		/		/		=				hari																		
<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>	<i>(to)</i>	<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>		<i>tahun (yy)</i>			<i>(days)</i>																		
Riwayat penyakit dahulu <i>(Previous medical history)</i>																																	
Riwayat penyakit sekarang <i>(Recent medical history)</i>																																	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa <i>(Diagnose or Suspect)</i>																																	
Diagnosa di atas berhubungan dengan <i>(The diagnose relates to)</i>	Kecelakaan ( <i>Accident</i> ) : <input type="checkbox"/> Ya ( <i>Yes</i> ) <input type="checkbox"/> Tidak ( <i>No</i> ) Obat terlarang ( <i>Drug abuse</i> ) : <input type="checkbox"/> Ya ( <i>Yes</i> ) <input type="checkbox"/> Tidak ( <i>No</i> ) HIV ( <i>AIDS</i> ) : <input type="checkbox"/> Ya ( <i>Yes</i> ) <input type="checkbox"/> Tidak ( <i>No</i> )																																
Terapi atau tindakan <i>(Therapy or treatment)</i>																																	
Penyebab/penyakit yang mendasari <i>(Cause/ underlying diseases occurred)</i>																																	
Penyebab/ penyakit yang mendasari diderita sejak <i>(The date of the caused/underlying diseases occurred)</i>	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tanggal (dd)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>bulan(mm)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun(yy)</i></td> </tr> </table> </div>		/		/		<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan(mm)</i>		<i>tahun(yy)</i>																						
	/		/																														
<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan(mm)</i>		<i>tahun(yy)</i>																													
Nama dan alamat Dokter yang merujuk <i>(Name and address of referral Doctor)</i>																																	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? <i>(Has the patient ever been consulted / hospitalized before)?</i> a. Tanggal ( <i>Date</i> ) b. Diagnosa ( <i>Diagnose</i> ) c. Nama Dokter ( <i>Doctor's name</i> ) d. Nama rumah Sakit ( <i>Hospital's name</i> )	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tanggal (dd)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>bulan (mm)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> </tr> </table> </div>		/		/		<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>																						
	/		/																														
<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>																													
Tempat dan tanggal meninggal dunia <i>(Place and date date of death)</i>	<div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tanggal (dd)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>bulan (mm)</i></td> <td></td> <td style="font-size: 8px; text-align: center;"><i>tahun (yy)</i></td> </tr> </table> </div>		/		/		<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>																						
	/		/																														
<i>tanggal (dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>																													
Penyebab atau Dugaan sebab kematian <i>(Cause or suspected cause of death)</i>																																	

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.  
*(As the Doctor handling the care of the above-mention patient, I hereby state that read and answered the question in this form clearly and completely).*

Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
*(Doctor's name)*

Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
*(Hospital's name)*

Alamat Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
*(Hospital's address)*

Tempat dan tanggal : \_\_\_\_\_  
*(Place and date)*

	/		/	
<i>tanggal(dd)</i>		<i>bulan (mm)</i>		<i>tahun (yy)</i>

Tanda tangan dan nama dokter  
*(Signature and Doctor's name)*

Stampel Rumah Sakit  
*(Stamp of hospital)*