

## SURAT KETERANGAN DOKTER (SEBAGAI KELENGKAPAN PENGAJUAN KLAIM KEMATIAN)

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>NAMA ORANG SAKIT YANG MENINGGAL</b> | : .....                   |
| <b>NO.REKAM MEDIS</b>                  | : .....                   |
| <b>TEMPAT &amp; TANGGAL KEMATIAN</b>   | : .....                   |
| <b>LAMA PERAWATAN</b>                  | : tgl ..... s/d tgl ..... |

\*berikan tanda “√” pada keterangan yang membutuhkan pilihan

1. Apakah dokter yang biasa merawat mengobati alm (ah) ?  Ya  Tidak  
 Bila Ya , berapa lama /sejak kapan .....  
 Bila Tidak, tahukah dokter nama & alamat dokter yang biasa merawat sebelumnya dalam kurun waktu (selama) 3 tahun terakhir ini ? .....  
 Apakah alm (ah) dirujuk kepada dokter oleh dokter lain  Ya  Tidak  
 Bila Ya, sebutkan nama dokter yang merujuk tersebut .....
2. Apakah dokter merawat alm (ah) selama penyakitnya yang terakhir ini ?  Ya  Tidak  
 Bila Ya,  secara anamnestis sejak kapan keluhan sakitnya .....  
 gejala-gejala yang ditemukan .....  
 diagnosa penyakitnya .....
3. Kapan dokter pertama kali bertemu dan merawat alm. (ah) untuk penyakitnya ini ? .....  
 Apakah penyakit ini suatu penyakit yang akut ?  Ya  Tidak  
 Apakah penyakit ini suatu penyakit yang menahun  Ya  Tidak
4. Apakah dokter hadir pada waktu OS meninggal ?  Ya  Tidak  
 Jika tidak, kapan terakhir dokter menemui/melihat alm (ah) ? .....
5. Apakah selain penyakit diatas, dokter juga merawat alm(ah) untuk penyakit lain ?  Ya  Tidak  
 Jika Ya,  Apakah keluhannya (anamnestis) .....  
 Sejak kapan penyakit tersebut diderita (anamnestis) .....  
 Diagnosa penyakit tersebut ? .....
6. Adakah hal lain yang berperan serta mempengaruhi sebab kematian tersebut misalnya yang berhubungan dengan :  
 Penyakit bawaan  Ya  Tidak  Profesi / gaya hidup  Ya  Tidak  
 Pekerjaan  Ya  Tidak  Alkohol  Ya  Tidak  
 Tembakau  Ya  Tidak  Narkoba  Ya  Tidak  
 Sikap mental / *attitude* alm (ah) (misal menolak untuk disuntik/diinfus)  Ya  Tidak
7. Apa sebab utama kematian alm.(ah) ? .....
8. Adakah penyakit lain yang diderita alm (ah) yang berperan pada kematian tersebut?  Ada  Tidak  
 Bila ada, sebutkan :  Diagnosa penyakitnya : .....  
 Sejak kapan diderita (anamnestis): .....
9. Berikan keterangan tambahan lain yang menurut dokter ada hubungannya dengan kematian tersebut ?  
 .....

*Demikian keterangan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan sesuai dengan pengetahuan dan keyakinan saya.*

Tempat & tanggal dibuat : \_\_\_\_\_ Alamat : \_\_\_\_\_

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

Keahlian : \_\_\_\_\_

Tanda tangan, nama jelas & stempel

**SETELAH KETERANGAN INI DIISI DENGAN LENGKAP, MOHON DOKTER DAPAT MENYAMPAIKANNYA DALAM AMPLOP TERTUTUP KEPADA  
PT AJ SEQUIS LIFE**