

SURAT KETERANGAN DOKTER/RESUME MEDIS

(Klaim Meninggal Dunia)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan Dokter Ketahui. Terima kasih.

DATA-DATA PASIEN/ALMARHUM/-AH (TERTANGGUNG/PESERTA)

1. Nama Pasien/Almarhum/-ah :
2. No. Pasien/Rekam Medis :
3. Tanggal lahir/Umur : / / /Umur tahun
Tanggal Bulan Tahun
4. Jenis Kelamin : Pria Wanita
5. Alamat Pasien :

PENYEBAB MENINGGAL DUNIA

6. Keadaan yang menyebabkan meninggal : Penyakit Kecelakaan Lainnya :
7. Tempat meninggal :
8. Tanggal & jam meninggal : / / /Umur tahun Jam :

JIKA MENINGGAL KARENA PENYAKIT

9. Sebab utama meninggal :
10. Apakah Pasien rawat inap? : Ya, Indikasi Rawat Inap :
- Tidak
11. Apakah Pasien mendapatkan perawatan di ruang Unit Gawat Darurat ? : Ya Tidak
- Tindakan yang dilakukan :
12. Diagnosa penyakit :
13. Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut ? : / /
- Tanggal Bulan Tahun
14. Apakah anda pernah merawat/ mengobati Pasien untuk penyakit lain ? : Ya Tidak

Jika "Ya", mohon disampaikan nama penyakit serta tanggal perawatan/pengobatan

No.	Diagnosa	Tanggal Perawatan

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Jika "Tidak", mohon informasi Dokter lain yang memeriksa dan diagnosanya

No.	Dokter	Diagnosa	Tanggal Perawatan

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

15. Menurut pengamatan Dokter, apakah meninggal juga disebabkan atau komplikasi dari penyakit lain ?

Jika "Ya" mohon jelaskan secara rinci

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA KECELAKAAN

16. Tanggal terjadinya kecelakaan : / /
Tanggal Bulan Tahun

17. Jenis kecelakaan : Lalu Lintas Kerja Lainnya, Sebutkan :

18. Dari pengamatan Dokter, adakah sebab lain yang menyebabkan kecelakaan terjadi ? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon dijelaskan

JIKA MENINGGAL KARENA PENYEBAB LAIN

19. Apakah penyebab meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan /bunuh diri/lainnya? Ya Tidak

Jika "Ya", mohon dijelaskan

KETERANGAN LAIN

20. Apakah sejawat hadir pada waktu meninggalnya ? Ya Tidak

Jika "Ya", Keluhan dan gejala gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum pasien meninggal

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Jika "Tidak", kapan sejawat terakhir merawat pasien ini sebelum meninggal ? / /
Tanggal Bulan Tahun

21. Jika Pasien datang dalam keadaan Meninggal Dunia (*Death on Arrival*) pada saat Dokter memeriksanya, mohon diberikan keterangan sebab meninggalnya dari pengamatan atau *visum et repertum* yang Dokter lakukan. Mohon dijelaskan kondisinya.

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

22. Mohon informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu bagian klaim untuk memproses klaim ini (jika ada).

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis pasien/tertanggung.

Nama Dokter :

No. Telepon / HP :

Spesialisasi :

Alamat Rumah Sakit / Dokter :

Ditandatangani di : Tanggal : / /

Tandatangan Dokter

Stempel Rumah Sakit