

SURAT KETERANGAN DOKTER (SEBAGAI KELENGKAPAN PENGAJUAN KLAIM KEMATIAN)

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

NAMA ORANG SAKIT YANG MENINGGAL	:
NO.REKAM MEDIS	:
TEMPAT & TANGGAL KEMATIAN	:
LAMA PERAWATAN	: 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