



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

**B**

Nama pasien (Patient's name)	<input type="checkbox"/> Laki - laki (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female)																												
Tanggal lahir / usia (Date of birth / age)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding-left: 10px;">tahun (years)</td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td><td></td></tr></table>		/		/		tahun (years)	tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																	
	/		/		tahun (years)																								
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
Nomor rekam medis (Medical record number)																													
Tanggal perawatan & jumlah hari perawatan (Date of hospitalization & lengths of hospitalization)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">s.d. (to)</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding-left: 10px;">=</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding-left: 5px;">hari (days)</td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">=</td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">hari (days)</td></tr></table>		/		/		s.d. (to)		/		/		=		hari (days)	tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		=	hari (days)
	/		/		s.d. (to)		/		/		=		hari (days)																
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		=	hari (days)																
Riwayat penyakit dahulu (Previous medical history) Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa (On which date the patient first diagnosed)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																		
	/		/																										
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
Riwayat penyakit sekarang (Recent medical history) Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa (On which date the patient first diagnosed)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																		
	/		/																										
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
Diagnosa, atau dugaan diagnosa (Diagnosa or pre diagnose)																													
Apa Indikasi Medis untuk Rawat Inap ? (What Medical Indications for Hospitalization?)																													
Diagnosa berhubungan dengan (The diagnose related to)	Kecelakaan (Accident) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) Obat terlarang (Drug abuse) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) HIV (AIDS) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)																												
Terapi Tindakan (Therapy or treatment)																													
Penyebab / penyakit yang mendasari (Cause / underlying disease)																													
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak (The date of the caused / underlying diseases occurred)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																		
	/		/																										
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
Nama dan alamat Dokter yang merujuk (Name and address of referral Doctor)																													
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? (Has the patient ever been consulted / hospitalized before) ?																													
a. Tanggal (Date)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																		
	/		/																										
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
b. Diagnosa (Diagnose)																													
c. Nama Dokter (Doctor's name)																													
d. Nama Rumah Sakit (Hospital's name)																													
Tempat dan tanggal meninggal (Place and date of death)	<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																		
	/		/																										
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
Penyebab atau dugaan sebab kematian (Cause of suspected cause of death)																													
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-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely).																													
Nama Dokter :																													
Nama Rumah Sakit :																													
Alamat Rumah Sakit :																													
Tempat dan tanggal :																													
<table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; text-align: center;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px; text-align: center;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)	_____																		
	/		/																										
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																									
	Tandatangan dan nama Dokter																												
	_____																												
	Stempel Rumah Sakit																												