



F010R02-0200

## INSURANCE CLAIM FORM INFORMATION ON DEATH

(To be filled out by Attending Physician)

**B** *FORMULIR ISIAN KLAIM ASURANSI KETERANGAN KEMATIAN ( Diisi oleh Dokter yang merawat )*

<b>IMPORTANT [ PENTING ]</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Complete this form clearly and carefully</b></li><li>• <i>[ Lengkapi formulir ini dengan jelas ]</i></li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Check each appropriate box</b></li><li>• <i>[ Beri tanda ✓ pada kotak yang anda pilih ]</i></li></ul>	
<u>Patient's name</u> <i>[ Nama pasien ]</i>	<u>Sex</u>	<input type="checkbox"/> <u>Male</u> <i>[ Laki-laki ]</i>	<input type="checkbox"/> <u>Female</u> <i>[ Wanita ]</i>
<u>Place of birth</u> <i>[ Tempat lahir ]</i>	<u>Date of birth</u> <i>[ Tgl. lahir ]</i>	<u>Date</u> <i>[ Tgl. ]</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <i>[ Bulan ]</i>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <i>[ Tahun ]</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>ANAMNESIS [ ANAMNESIS ]</b>			
<u>Most recent medical history</u> : <i>[ Riwayat penyakit sekarang ]</i>			
<u>Previous medical history</u> : <i>[ Riwayat penyakit dahulu ]</i>			
<u>Habits / family history / occupation influencing cause of death</u> : <i>[ Kebiasaan/sejarah keluarga / pekerjaan yang mempengaruhi sebab kematian ]</i>			
<b>EXAMINATION [ PEMERIKSAAN ]</b>			
<u>Physical examination</u> : <i>[ Pemeriksaan fisik ]</i>	<u>Supporting examinations</u> : <i>[ Pemeriksaan penunjang ]</i>		
<b>DIAGNOSIS [ DIAGNOSA ]</b>			
<u>Diagnosis</u> : <i>[ Diagnosa ]</i>			



F010R02-0200

CAUSE / UNDERLYING DISEASE [ CAUSE / UNDERLYING DISEASE ]	
<u>Cause / underlying disease in current illness :</u> [ Causa / underlying disease dari sakit / kelainan tsb ]	<u>Since when the patient has experienced cause / underlying disease :</u> [ Causa / underlying disease diderita sejak ]
TREATMENT AND THERAPY [ TINDAKAN DAN TERAPI ]	
<u>Treatment and therapy :</u> [ Tindakan dan terapi ]	
DATA ON DEATH [ DATA KEMATIAN ]	
<u>Suspected cause of death :</u> [ Dugaan sebab kematian ]	<u>Place of treatment :</u> [ Tempat perawatan ]
	<u>Date of treatment :</u> <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [ Tanggal perawatan ]                      [ Tgl. ]                      [ Bulan ]                      [ Tahun ]
	<u>Place of death :</u> [ Tempat meninggal dunia ]
	<u>Date of death :</u> <u>Date</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Month</u> <input type="text"/> <input type="text"/> <u>Year</u> <input type="text"/> <input type="text"/> [ Tanggal meninggal dunia ]                                      [ Tgl. ]                                      [ Bulan ]                                      [ Tahun ]
DATA ON DOCTORS / HOSPITALS [ DATA DOKTER / RUMAH SAKIT ]	
<u>Names &amp; addresses of doctors / hospitals previously visited / consulted :</u> [ Nama & alamat dokter / RS yang pernah dikunjungi sebelumnya ]	<u>Names &amp; addresses of referral doctors :</u> [ Nama & alamat dokter yang pernah dirujuk ]
OTHER INFORMATION [ KETERANGAN LAIN-LAIN ]	
<u>Other information :</u> [ Keterangan lain-lain ]	
STATEMENT OF ATTENDING PHYSICIAN [ PERNYATAAN DOKTER ]	
<p>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</p> <p>[ Saya sebagai Dokter yang merawat / menangani Pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar ] .</p> <p><u>Name of Doctor/Hospital :</u> [ Nama Dokter / RS ]</p> <p><u>Specialization :</u> [ Spesialisasi ]</p> <p><u>Address :</u> [ Alamat ]</p>	<p><u>Signed by :</u>    <u>Date :</u> [ Ditandatangani di ]    [ Tanggal ]</p> <p>_____ Signature of doctor and seal of hospital doctor's Tanda Tangan dan stempel Dokter / RS</p>

