



## Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Meninggal Dunia

### Medical Certificate for Death Claims

#### Diisi oleh Dokter yang Memeriksa

Filled by Treating Doctor

Nama Pasien/Tertanggung

Name Patient/Insured

\_\_\_\_\_

Jenis kelamin

Gender

Pria

Male

Wanita

Female

Tanggal lahir

Date of birth

/   /

d d / m m / y y y y

No. Registrasi/Rekam Medis

Registration No./Medical Record

\_\_\_\_\_

Tempat dan tanggal meninggal

Place and date of death

\_\_\_\_\_   /   /

d d / m m / y y y y

Jika almarhum/almarhumah datang dalam keadaan meninggal pada saat dokter memeriksanya, Mohon berikan keterangan berikut:

If it is a death-on-arrival case, please give us the cause of death based on your observation or visum et repertum. Please also indicate the location and type of the injuries (ie. Caused by a sharp/blunt object, etc). If this column is not sufficient, please use an extra page.

\_\_\_\_\_

Jika pada saat dokter melakukan pemeriksaan pasien belum meninggal, mohon dijelaskan:

At the time the patient arrived at the hospital, please explain to us the following:

a. Keadaan umum saat itu (mohon diuraikan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik).

General condition at that moment (please describe your findings on the vital signs and physical examination)

\_\_\_\_\_

b. Diagnosa

Diagnose

\_\_\_\_\_

c. Apakah penyebab kematian?

What is the cause of death?

Penyakit Disease

Kecelakaan Accident

Menurut pengamatan dokter, apakah kematian ini juga disebabkan/dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain?

According to the doctor's observation, was this death also caused or accelerated by complication of other diseases?

Ya Yes

Tidak No

Jika YA, mohon dijelaskan jenis penyakit apa saja dan sudah sejak kapan diderita almarhum/almarhumah.

Please explain in detail your diagnosis before death occurred and when the diagnosis was established.

\_\_\_\_\_

Mohon dilampirkan dan dijelaskan hasil pemeriksaan kesehatan tambahan lain (EKG, X-ray, MRI) beserta kesimpulan dokter.

Please describe the results of any additional tests (X-ray, ECG, etc) together with your conclusions and enclose the result.

\_\_\_\_\_

Jika pasien mengalami kecelakaan, menurut pengamatan dokter, adakah sebab lain yang menyebabkan kecelakaan terjadi? Jika ada, mohon dijelaskan lebih lanjut

Based on your observations is there any other possibility that might have caused the accident if by accident? If there is, please describe your findings.

\_\_\_\_\_

Mohon diberikan keterangan jika merupakan rujukan dan, atau dokter merujuk almarhum/almarhumah kepada dokter/Rumah Sakit/Institusi lain.

Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals previously visited by the Deceased, or whom you referred the Deceased to.

a. Almarhum/-ah merupakan rujukan dari :

The Deceased was referred by:

\_\_\_\_\_

b. Almarhum/-ah di rujuk kepada :

The Deceased was referred to:

\_\_\_\_\_

Apakah diagnosa berhubungan/disebabkan oleh :

What is the diagnosis related to/caused by:

Olahraga

Sports

Ya Yes

Tidak No

Penggunaan obat terlarang atau narkotika

The use of illegal drugs or narcotics

Ya Yes

Tidak No

Percobaan/usaha bunuh diri

Suicide attempt

Ya Yes

Tidak No

Penyakit kejiwaan

Mental disorder

Ya Yes

Tidak No

Alkohol/minuman keras

Alcohol

Ya Yes

Tidak No

Kelainan bawaan atau keturunan

Congenital or hereditary disease

Ya Yes

Tidak No

Kehamilan, pengobatan atas kesuburan

Pregnancy, treatment for fertility

Ya Yes

Tidak No

HIV/AIDS

HIV/AIDS

Ya Yes

Tidak No

Penyakit akibat hubungan seksual

Sexually transmitted disease

Ya Yes

Tidak No

Kosmetik

Cosmetic

Ya Yes

Tidak No

Obat terlarang

Drug abuse

Ya Yes

Tidak No

Kecelakaan

Accident

Ya Yes

Tidak No

Apakah ada keterangan/informasi tambahan yang ingin dokter sampaikan kepada kami?

Is there any additional information that you would you like to tell us?

Saya, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are true and correct to the best of my knowlegde and belief.

Dokter

Doctor

Rumah Sakit

Hospital

Alamat Rumah Sakit

Hospital Address

Tempat & Tanggal

Place & Date

Tandatangan Dokter

Doctors Signature

Cap Rumah Sakit

Stamp of the Hospital