

SURAT KETERANGAN DOKTER
(SEBAGAI KELENGKAPAN PENGAJUAN KLAIM KEMATIAN)
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

NAMA ORANG SAKIT YANG MENINGGAL :

NO.REKAM MEDIS :

TEMPAT & TANGGAL KEMATIAN :

LAMA PERAWATAN : tgl s/d tgl

*berikan tanda "√" pada keterangan yang membutuhkan pilihan

- 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
- 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
- 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
- Apakah dokter hadir pada waktu OS meninggal ? ☐ Ya ☐ Tidak
 Jika tidak, kapan terakhir dokter menemui/melihat alm (ah)?
- 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 ?
- 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	
- Apa sebab utama kematian alm.(ah)?
- Adakah penyakit lain yang diderita alm (ah) yang berperan pada kematian tersebut? ☐ Ada ☐ Tidak
 Bila ada, sebutkan: - Diagnosa penyakitnya:
 - Sejak kapan diderita (anamnestis):

SURAT KETERANGAN DOKTER
(SEBAGAI KELENGKAPAN PENGAJUAN KLAIM KEMATIAN)
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

9. Apakah sebab utama kematian disebabkan oleh kecelakaan/trauma ?

☐

Ya

☐

Tidak

Bila Ya , mohon jelaskan secara singkat

.....

.....

10. 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:

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Tanda tangan, nama jelas & stempel)

SETELAH KETERANGAN INI DIISI DENGAN LENGKAP, MOHON DOKTER DAPAT MENYAMPAIKANNYA DALAM AMPLOP TERTUTUP KEPADA
PT ASURANSI JIWA SEQUIS LIFE