

**SURAT KETERANGAN DOKTER (KLAIM MENINGGAL DUNIA)**

Nama Pasien	<input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tanggal lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nomor rekam medis	
Tanggal perawatan / jumlah hari perawatan	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> s/d <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> = <input type="text"/> Hari
Riwayat Penyakit Dahulu	
Riwayat Penyakit Sekarang	
Diagnosa	
Diagnosa diatas berhubungan dengan	Kecelakaan ; <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Obat terlarang ; <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak HIV (AIDS) ; <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Terapi / Tindakan	
Penyebab / penyakit yang mendasari	
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya	a. Tanggal ; b. Diagnosa ; c. Nama Dokter ; d. Nama Rumah Sakit ;
Tempat dan tanggal meninggal dunia	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Penyebab / dugaan sebab kematian	

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter ; \_\_\_\_\_  
 Nama Rumah Sakit ; \_\_\_\_\_  
 Alamat Rumah Sakit ; \_\_\_\_\_

Tempat & tanggal

\_\_\_\_\_  
 Tandatangan & Nama Dokter/ SIP Dokter  
 (Beserta Cap Rumah Sakit)