

SURAT KETERANGAN DOKTER – untuk klaim Meninggal/Cacat
ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT – for claim Death/Disability



Nama Pasien : No. Rekam Medik :
 Patient's Name Medical Record No.
 Tanggal Lahir : Umur : tahun
 Date of Birth Age y.o.
 Alamat Pasien : Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Patient's Address Sex Male Female
 Nama Rumah Sakit :
 Hospital Name
 Jenis Klaim : Meninggal Cacat
 Type of Claim Death Disability

Keadaan yang menyebabkan meninggal/cacat
 Cause of death/disability
Tempat meninggal/cacat
 Place of death/disability
Tanggal & jam meninggal
 Date & time of death

Penyakit Disease Kecelakaan Accident Lain-lain: Others _____

_____ / _____ / _____ tgl/bln/thn Jam: _____
 dd/mm/yyyy Time _____

Jika meninggal/cacat karena penyakit
If death/disability caused by disease
Sebab utama meninggal/cacat
 Main reason of death/disability
Diagnosa
 Diagnosis
Sejak kapan penyakit tersebut mulai diderita?
 Since when did the disease is suffered?

_____ / _____ / _____ tgl/bln/thn atau sudah berapa lama: _____
 dd/mm/yyyy or how long _____

Jika meninggal/cacat karena kecelakaan
If death/disability caused by accident
Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat
 Please describe chronology of the accident
 Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh Pengaruhalkohol/narkotika/obatobatan/lainnya?
 Is the accident caused by the influence of alcohol / narcotics / drugs / others?

Ya Yes Tidak No Jika Ya, mohon jelaskan:
 If Yes, please detail _____

Jika meninggal/cacat karena penyebab lain
If the death/disability due to other causes
Mohon jelaskan
 Please explain

Bagian tubuh yang mengalami cacat
 Part of body being disabled

Sifat cacat
 Nature of disability

Sementara Temporary Tetap Permanent

Bila bersifat sementara, mohon jelaskan
 If temporary, please explain

Apakah cacat tersebut dapat sembuh total/sepurna?
 Could this disability completely recover?
 Jika "Ya", berapa lama perkiraan waktu kesembuhannya?
 If "Yes", how long is the estimated time of recovery?
 Jika "Tidak", berapa persen penurunan fungsi yang terjadi?
 If "No", what is the percentage of the decreasing function
 Jika tidak pasti, mohon penjelasan
 If unsure, please explain

Ya Yes Tidak No Tidak pasti Unsure

_____ %

Dokter/Rumah Sakit lain yang pernah mengobati/merawat pasien
 Other Doctor/Hospital which have treated the patient

- Nama Dokter/Rumah Sakit
 Doctor's/Hospital's Name
- Alamat
 Address
- Tanggal Berobat
 Date of Consultation
- Diagnosa
 Diagnosis

_____ / _____ / _____ tgl/bln/thn
 dd/mm/yyyy _____

Keterangan lainnya
 Other Information

Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
 Hereby I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge

Dokter
Physicians

Nama Dokter : _____
 Doctor's Name
Spesialisasi : _____
 Specialization
Nomor Handphone : _____
 Cellphone Number
Tempat & Tanggal : _____, _____/_____/_____
 Place & date

 Tanda tangan & nama jelas beserta cap rumah sakit
 Signature & name with Hospital's stamp