

**PERNYATAAN DOKTER UNTUK KLAIM MENINGGAL DUNIA**  
**ATTENDING DOCTOR'S REPORT FOR DEATH CLAIM**

**Kepada Yth. DOKTER YANG MERAWAT/MENGOBATI :**  
**To the DOCTOR who took care of the Patient**

Kami mohon kesediaan DOKTER untuk mengisi FORMULIR ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang DOKTER ketahui. Terima Kasih.  
Please fill out this DOCTOR's REPORT truthfully according to medical records and the best of your knowledge. Thank you.

<u>Nama Pasien</u> Patient's Name _____	<u>No. Kartu Pasien/Rekam Medis</u> Patient Card/Med. Record No. _____
<u>Tgl lahir/usia</u> Date of birth/age _____	<u>Kelamin</u> Sex _____

**A. RIWAYAT KLINIS**  
**CLINICAL HISTORY**

1. a. Kapan dan dimana pertama kali pasien berkonsultasi dengan Anda mengenai penyakit/cidera yang menyebabkannya dirawat?  
*When and where did the Patient's consult at the first time about the disease/injury that resulted to hospitalization?*  
Tanggal, bulan, tahun \_\_\_\_\_ Nama & Alamat Rumah Sakit/Klinik \_\_\_\_\_  
*Date, month, year* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Name & address of hospital/clinic* \_\_\_\_\_

b. Keluhan dan gejala penyakit/cideranya saat konsultasi pertama  
*Symptoms of disease/injury at first consultation* \_\_\_\_\_

c. DIAGNOSA penyakit/cidera tersebut  
*DIAGNOSIS of the disease/injury* \_\_\_\_\_

2. a. Berdasarkan anamnesa, kapan pertama kali keluhan/gejala penyakit/cidera tersebut terjadi? Tanggal/Bulan/Tahun \_\_\_\_\_  
*Based on the informstion obtained, when did symptoms of the disease/injury first appear?* *Day/month/year* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

b. Apakah pasien sebelumnya pernah berkonsultasi ke Dokter lainnya?  Ya  Tidak  
*Has the Patient previously ever consulted to another Doctor?* *Yes No*

Jika YA, harap jelaskan: - Nama & Alamat Dokter tersebut  
*If Yes, please specify :* *Doctor's name & address* \_\_\_\_\_  
- Tanggal, bulan, tahun konsultasi pada dokter tersebut \_\_\_\_\_  
*Date, month, year of consultation* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
- Diagnosa & pengobatan yang diberikan Dokter tersebut \_\_\_\_\_  
*Diagnosis & treatment given* \_\_\_\_\_

**B. RIWAYAT MASUK RUMAH SAKIT**  
**HOSPITALIZATION HISTORY**

1. Perawatan di Rumah Sakit Dari (tanggal, bulan, tahun) \_\_\_\_\_ dirujuk oleh  
*Dates of hospitalization* *From (date, month, year)* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *referred by* \_\_\_\_\_  
Sampai (tanggal, bulan tahun) \_\_\_\_\_ Nama & Alamat Dokter tersebut  
*To (date, month, year)* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Doctor's name & address* \_\_\_\_\_

2. a. Hasil pemeriksaan fisik (dilampirkan) Tinggi badan \_\_\_\_\_ cm Berat badan \_\_\_\_\_ kg  
*Physical examination results (attached)* *Height* \_\_\_\_\_ *cm* *Weight* \_\_\_\_\_ *kg*  
Tekanan darah \_\_\_\_\_ mmHg Keadaan jantung, paru –paru dan lainnya \_\_\_\_\_  
*Blood pressure* \_\_\_\_\_ *mmHg* *Condition of heart, lungs, and others* \_\_\_\_\_

b. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (laboratorium, X-ray, EKG, dll dilampirkan)  
*Other tests performed (laboratory, X-ray, ECG, etc, are attached)* \_\_\_\_\_

3. DIAGNOSA AKHIR  
*FINAL DIAGNOSIS* \_\_\_\_\_

4. a. Pengobatan yang diberikan  
*Medical treatment given* \_\_\_\_\_

b. Jenis Operasi (jika dilakukan tindakan bedah)  
*Type of operation (if surgery was performed)* \_\_\_\_\_  
Tanggal pembedahan dilakukan \_\_\_\_\_ Nama ahli bedah  
*Date of surgery* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ *Surgeon's name* \_\_\_\_\_

c. Kondisi saat lepas Rawat Inap : \_\_\_\_\_  
*Condition after hospitalization*

5. Apabila pasien meninggal dunia  
*If the patient died*

a. Tempat, tanggal dan waktu meninggal \_\_\_\_\_  
*Place, date and time of death*

b. Sebab meninggal dunia \_\_\_\_\_  
*Cause of death*

c. Penyakit yang mendasari (sejak kapan menderita) \_\_\_\_\_  
*Underlying disease (suffered since)*

**C. RIWAYAT PENYAKIT**  
**DISEASE HISTORY**

Apakah Diagnosa Akhir (pada poin B-3):  
*Is the Final Diagnosis (stated in point B-3):*

a. berhubungan dengan kehamilannya (jika pasien adalah wanita)?  
*related to pregnancy (if the patient is female)?*  Ya Yes  Tidak No

b. merupakan suatu penyakit kronis atau episode berulang?  
*a Chronic disease or a recurrent episode?*  Ya Yes  Tidak No

Jika Ya, kapan pertama kali terjadi? Tanggal, bulan, tahun \_\_\_\_\_  
*If Yes, when did it occur for the first time? Date, month, year*

c. merupakan SEKUNDER/KOMPLIKASI dari suatu penyakit lain?  
*a SECONDARY/COMPLICATION of another disease?*  Ya Yes  Tidak No

Jika Ya, apakah diagnosa penyakit primer tersebut?  
*If Yes, what is the diagnosis of primary disease?* \_\_\_\_\_

Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit primer tersebut  
*Date, month, year it initially occurred* \_\_\_\_\_

\*Mohon lampirkan resume medis  
 \*Please attach the medical record

**D. LAIN – LAIN**  
**OTHERS**

**RIWAYAT MEDIS YANG LALU**  
**PREVIOUS MEDICAL HISTORY**

1. Jika ia menderita Penyakit lainnya mohon sebutkan diagnosa penyakit  
*If the patient suffered from another disease, the diagnosis was* \_\_\_\_\_  
Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit tersebut  
*Date, month, year it was initially suffered* \_\_\_\_\_

2. Mohon data seluruh kunjungan pasien rawat jalan/ rawat inap untuk penyakit/ luka apapun  
*Please fill the data of whole outpatient or inpatient for any diseases/wound*

<u>Tanggal/bln/thn</u> <i>Date/month/year</i>	<u>Diagosa</u> <i>Diagnosis</i>	<u>Pengobatan/operasi yang dilakukan</u> <i>Details of treatment/surgery</i>	<u>Nama &amp; alamat dokter/RS</u> <i>Name &amp; address of the doctor/hospital</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dengan ini saya menyatakan bahwa Saya telah melakukan pemeriksaan/perawatan medis pasien ini dan ketentuan ini adalah benar.  
*I hereby clarify that I have examined/ treated the patient and this statement is true.*

Nama Dokter \_\_\_\_\_  
*Doctor's Name*

Nama & alamat Rumah Sakit \_\_\_\_\_  
*Name & Address of the hospital*

Tempat & tanggal diisi keterangan ini \_\_\_\_\_  
*Place & date this statement was written*

\_\_\_\_\_  
 Tanda tangan + Stempel  
 Signature + Stamp