



Kepada
Yth. TS. Dr. _____

TS yang terhormat,
Untuk melengkapi data Klaim Asuransi Jiwa mohon kiranya TS mengisi formulir yang kami sertakan di bawah ini. Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui keluarga pasien yang bersangkutan.
Terima kasih atas kerja samanya.

Wassalam TS,

dr. Hendrikus Dharmawan

SURAT KETERANGAN DOKTER

1. Nama lengkap Almarhum :
 Alamat Almarhum :
 Tanggal meninggal :

 2. Penyebab kematian :
 a. Penyakit/keadaan yang langsung menyebabkan kematian (kecelakaan/komplikasi)

 b. Keadaan lain.....

- Lama sakit sampai meninggal
-
3. Kunjungan pertama dan terakhir yang berkaitan dengan penyakitnya.....

 Kapan TS mengetahui Almarhum meninggal

 4. Apakah ada kaitannya dengan bunuh diri/narkoba? Ya Tidak
 Bila "Ya" mohon penjelasan TS

 5. Apakah dilakukan pemeriksaan jenazah? Ya Tidak
 Apakah dilakukan otopsi? Ya Tidak
 Hasil yang didapat

 6. Pernahkah TS mengobati Almarhum dalam 5 (lima) tahun terakhir ini? Ya Tidak
 Apakah TS mengetahui bahwa Almarhum dalam 5 (lima) tahun terakhir ini
 mendapatkan pengobatan dari dokter lain/Rumah Sakit? Ya Tidak
 Bila "Ya" mohon penjelasan TS

_____, _____, _____
Ttd

(dr.)



To :
Dear Colleague, Prof/DR/Dr _____
at place

Dear Colleague,

In order to complete the data for Health Insurance claims, please kindly fill up the enclosed form and pass it on to us by the courtesy of the concerned patient's family. Thanking you in advance for your kind attention and cooperation, we remain.

Your sincerely,

dr. Hendrikus Dharmawan

PATIENT`S DATA

1. Name of the deceased :
Address of the deceased :
Date of death :

2. Cause of death :

a. Illness or conditions that directly causes death (including accident/complications)	Duration of illness until death
b. Other Conditions.....	

3. Date of first and last visit which related to the illness :
First visit :
Last visit :
When did you ignore or be informed about the deceased death?
.....

4. Did the cause of death related to suicide/drug abuse? Yes No
If the answer is "Yes", please specify
.....

5. Is mortal examination performed? Yes No
Is Autopsy performed? Yes No
Result of the examination/autopsy
.....

6. Had you seen or examined the deceased during the last 5 years? Yes No
Did you learn or be informed that the deceased had seeked other
medical treatment in another hospital or physician? Yes No
If the answer is "Yes", please specify
.....

_____, _____, _____
Signature

(Prof/DR./Dr.)