

**FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA DIISI OLEH DOKTER**  
**DEATH CLAIM FORM FILLED BY THE DOCTOR**

Mohon agar setiap pertanyaan di bawah ini dapat diisi dengan lengkap.  
*Please answer the following questions completely.*

**Data Pasien**

Nama : .....	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
<i>Name</i>	<i>Sex Male Female</i>
No Polis : .....	Tempat meninggal : .....
<i>Policy Number</i>	<i>Death incident place</i>
Tanggal Lahir / Umur : .....	Tanggal meninggal : .....
<i>Date of Birth / Age</i>	<i>Death incident date</i>
Alamat : .....	Alamat Rumah Sakit : .....
<i>Address</i>	<i>Address of Hospital</i>
Kode Pos : .....	No. Registrasi Pasien: .....
<i>Postal Code</i>	<i>Register Number</i>

**Keterangan Mengenai Kejadian Meninggal dan Riwayat Penyakit / Konsultasi**

*Information about the death incident and disease / consultation history*

1. Bagaimana kondisi pasien saat tiba di Rumah Sakit ? Jelaskan  
*How is the patient condition when arrived at hospital ? Please explain*

2. Sudah berapa lama Anda mengenal pasien ?  
*How long you know the patient ?*

Jika Anda mengenal pasien, kapan Anda melakukan perawatan medis terakhir ?  
*When did you give the last consultation ?*

Untuk keluhan apa ?  
*For which complaint ?*

3. Kapan Anda pertama kali melakukan perawatan medis untuk penyakit yang menyebabkan kematian Almarhum(ah) ?  
*When was the first time you treated the disease which caused patient's death ?*

4. Penyakit apa yang merupakan penyebab langsung dari kematian tersebut ?  
*Which disease directly cause the death ?*

Sudah berapa lama menderita penyakit tersebut diatas ?  
*How long did the patient suffered from the disease above ?*

5. Kapan gejala penyakit yang menyebabkan kematian tersebut muncul untuk yang pertama kali ? Jelaskan  
*When did the symptom occurred ? Please give details*

Kapan dan oleh siapa penyakit tersebut didiagnosa untuk pertama kalinya ?  
*When and by whom the diagnose confirmed for the first time ?*

6. Apakah ada penyakit lain yang diderita oleh pasien ? Jelaskan  
*Is there any other diseases suffered by the patient ? Please explain*

7. Apakah pasien mengetahui penyakit yang diderita ?  Ya  Tidak  
*Did the patient knows about the disease ?* Yes No

Kapan pasien diberitahu mengenai penyakit tersebut ?  
*When was the patient informed about the disease*

8. Apakah pasien menderita HIV, AIDS ataupun komplikasinya ? Jelaskan sudah berapa lama  
*Did the patient suffered from HIV, AIDS or AIDS related complex ? Please explain for how long*

9. Apakah pasien mempunyai dokter keluarga ? Jelaskan nama dan alamat dokter tersebut  
*Did the patient have family doctor ? Please give the name and address*

Nama Dokter / <i>Doctor's name</i>	Alamat / <i>Address</i>

10. Apakah ada dokter lain yang merujuk pasien ?  Ya  Tidak  
*Is there another doctor who referred the patient ?* Yes No

Nama Dokter / <i>Doctor's name</i>	Alamat / <i>Address</i>

11. Apakah ada dokter lain yang merawat pasien ?  Ya  Tidak  
*Is there another doctor who treated the patient ?* Yes No

Nama Dokter / <i>Doctor's name</i>	Alamat / <i>Address</i>

12. Apakah pasien pernah dirawat di Rumah Sakit atau Pengobatan Tradisional ? Jelaskan  
*Has the deceased been treated in a hospital or traditional hospital / clinic ? Please explain*

--

**Khusus untuk Kecelakaan**  
*Especially for accident*

Jika terjadi kecelakaan mohon agar pertanyaan dibawah ini dapat dijawab dengan lengkap sehingga memberikan gambaran yang jelas tentang kecelakaan yang terjadi. Apabila ada lampiran seperti artikel koran atau keterangan karyawan harap dilampirkan.  
*If the cause of death was due to accident, please give the answer that will give a clear illustration of the accident. Please enclose the newspaper article or employee report if any.*

13. Bagaimana kondisi luka-luka pada diri pasien ( mohon dirincikan jenis dan kedalaman luka )  
*How is the injury ( please give details type of injury*

--

14. Mohon dijelaskan mengenai peristiwa kecelakaan tersebut  
*Please explain about the accident*

15. Apakah pasien berada dalam pengaruh alkohol ataupun obat terlarang ? Jelaskan  
*Did the patient under alcohol or drug influences ? Please explain*

16. Apakah dilakukan otopsi atau pemeriksaan mayat ? Jelaskan hasilnya  
*Was there an autopsy or post mortem examination ? Please explain the result*

17. Apakah ada penyelidikan polisi ? Jelaskan  
*Was there a police investigation ? Please explain*

Saya menyatakan bahwa saya yang merawat pasien dan bahwa semua keterangan tentang pasien dalam pernyataan ini adalah benar./ *I hereby certify that I have personally attended the above named patient and that all information supplied by me in this form is true*

Nama Dokter ( *doctor's name* ) :

Alamat Dokter ( *doctor's address* ) :

Kode Pos ( *postal code* ) :

Tanggal ( *date* ) :

**( Tanda tangan dan stempel )**  
***Stamp and signature of the doctor***