



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/Doctor's Name	Alamat/Address

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

Nama Dokter/Doctor's Name	Alamat/Address

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

Nama Dokter/Doctor's name	Alamat/Address

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  
*Epecially 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 polis? Jelaskan  
*Was there a police investigation? Please explain*

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Cacat ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("**Perubahan**") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

*The information and/or statement I provide on this this Dismemberment / Disability Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("**Change**") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.*

Nama Dokter

Doctor's Name

Alamat Dokter

Doctor's Address

Kode Pos :  
Postal Code

Tanggal  
Date

Tanda tangan dan stempel dokter  
*Stamp and signature of the doctor*

**PERHATIAN/ATTENTION:**

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.

*ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.*