SURAT KETERANGAN DOKTER – untuk klaim Meninggal/Cacat

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT *– for claim Death/Disability*

PaninDai-ichiLife Syariah

Nama Pasien / *Patient's Name* : ..... No. Rekam Medik / *Medical Record No.* : .....

Tanggal Lahir / *Date of Birth* : ..... Umur / *Age* : ..... tahun / *y.o.*

Alamat Pasien / *Patient's Address* : ..... Jenis Kelamin / *Sex* : ☐ Pria / *Male* ☐ Wanita / *Female*

Nama Rumah Sakit / *Hospital Name* : .....

Jenis Klaim / *Type of Claim* : ☐ Meninggal / *Death* ☐ Cacat / *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 / *dd/mm/yyyy* Jam / *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 / *dd/mm/yyyy* atau sudah berapa lama / *or how long* _____
Jika meninggal/cacat karena kecelakaan ***If death/disability caused by accident*** Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat *Please decribe 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/sempurna? *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 / *Spesialization* : _____

Nomor Handphone / *Cellphone Number* : _____

Tempat &Tanggal / *Place & date* : _____, _____/_____/_____

_____

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