

FORMULIR KETERANGAN MEDIS KLAIM MENINGGAL DUNIA MEDICAL INFORMATION FORM FOR DEATH CLAIM

PT AVRIST ASSURANCE



PERNYATAAN BAGIAN 2

Pernyataan Dokter yang bersangkutan / *Attending Physician Statement*

Kepada Yth. TS Dokter, Kami mohon bantuan dan kerjasama Anda untuk memberikan keterangan lengkap mengenai pasien melalui form ini. Terima kasih.
Dear Doctor, we need your help to give a complete information about the patient on this form. Thank you.

A. DATA ALMARHUM/AH / DATA OF DECEASED

Nama Pasien / Patient's Name	<input type="text"/>
Jenis Kelamin / Sex	<input type="checkbox"/> Pria / Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female
No. Rekam Medis / Medical Record Number	<input type="text"/>
Tempat & Tanggal Lahir / Place & Date of Birth	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tanggal Meninggal / Date of Death	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Umur / Age <input type="text"/> Tahun/Years Old
Tempat Meninggal / Place of Death	<input type="checkbox"/> Rumah / Home <input type="checkbox"/> Rumah Sakit / Hospital _____ <input type="checkbox"/> Lainnya / Others _____

B. DATA PENYAKIT / ABOUT THE ILLNESS / DISEASE

Sebab utama meninggal / Caused of death	_____
Apakah berhubungan dengan kecelakaan / Was the death related with an accident	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Keluhan dan gejala yang diderita / Signs and symptoms	_____
Menderita keluhan/ gejala sejak / First time aware for this sign/symptom	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Pertama kali konsultasi dengan Anda / First consultation for the illness	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Hasil Pemeriksaan penunjang (mohon dilampirkan hasil pemeriksaannya) / Supporting examination result (please attach copy of test report)	_____ _____ _____
Diagnosis lengkap / Complete Diagnosis	_____
Terdiagnosis sejak / Diagnosed since	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Terapi yang diberikan / Therapy	_____ _____

C. RIWAYAT PENYAKIT LAINNYA / HISTORY OF OTHER ILLNESS/DISEASE

Penyakit lain yang diderita Pasien yang Anda ketahui / Please state any other disease suffered by patient

Diagnosis / Diagnosis	Terdiagnosis sejak / Diagnosed since	Nama Dokter, Nama Rumah Sakit, Alamat & No Telp / Doctor's name, Hospital, Address & Phone No.

D. APABILA AKIBAT KECELAKAAN / IF CAUSED BY AN ACCIDENT

Tempat kecelakaan / Location of the accident _____

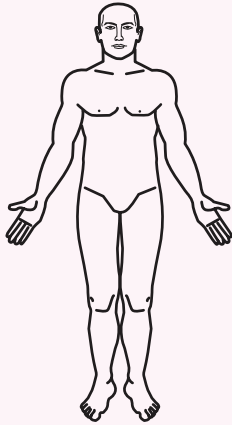
Tanggal dan Waktu Kecelakaan / Occurance Date

/ / Jam / Time

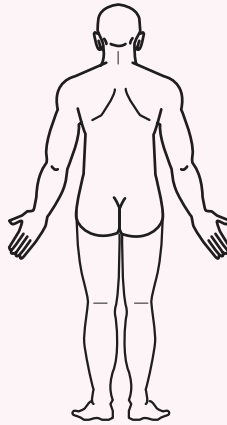
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Penyebab kecelakaan / Cause of accident _____

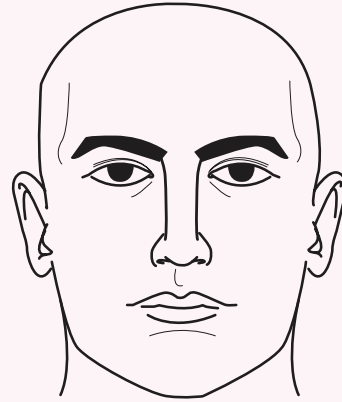
Status Lokalis / Local Status :



Tampak Depan
Front View



Tampak Belakang
Back View



Wajah
Face

E. MENINGGAL AKIBAT LAINNYA / OTHER CAUSED OF DEATH

Penyebab kematian / Caused of death _____

Mohon dijelaskan / Please give an explanation

F. HAL PENTING LAINNYA / IMPORTANT NOTE

Hal penting lainnya yang kiranya perlu disampaikan oleh dokter sehubungan dengan pasien. / If you have any other important information about this patient, please state here.

G. PERNYATAAN / DECLARATION

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan dan keyakinan saya. / I declared that I have read, understand and answer all of the questions above completely and correctly according to my knowledge and belief.

Ditandatangani di / Signed in : _____

/ /

Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Tanda Tangan Dokter + Stempel Rumah Sakit
Doctor's sign and hospital's official stamp

Nama Jelas Dokter /
Doctor's Full Name _____

Kualifikasi/Keahlian /
Qualification _____

Nama Rumah Sakit /
Hospital's Name _____

Alamat /
Address _____

No. Telepon /
Phone Number _____

No. Fax /
Fax Number _____