

**Pernyataan No. 2**

**Keterangan Dokter**

Nama Almarhum/ah yang jiwanya dipertanggungkan

<p>1. A. Nomor identitas diri Almarhum/ah dari catatan Anda B. Tanggal dan tempat pada waktu meninggal C. Pekerjaan</p>	<p>A. _____ B. _____ C. _____</p>
<p>2. A. Apakah Anda dokter yang biasa merawat Almarhum/ah? B. Jika benar, sudah berapa lama? C. Jika tidak, berikan nama dari dokter yang biasa merawatnya jika Anda mengetahuinya D. Berikan nama dan alamat dari dokter-dokter lain yang sepengetahuan Anda pernah merawat Almarhum/ah selama 3 tahun terakhir ini E. Apakah Anda merawat Almarhum/ah selama penyakitnya yang terakhir ini? Jika benar, apakah keluhannya? F. Pada tanggal berapakah Anda pertama kali bertemu dan merawat Almarhum/ah untuk penyakit ini? G. Apakah Anda hadir pada waktu meninggalnya? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat Almarhum/ah? H. Apakah Anda pernah merawat Almarhum/ah untuk penyakit lain? Jika benar, apa keluhannya dan kapan perawatan terjadi?</p>	<p>A. _____ B. _____ C. _____ D. _____ E. _____ F. _____ G. _____ H. _____</p>
<p>3. A. Apa sebab utama meninggalnya dan berapa lama penyakitnya telah berlangsung? B. Penyakit utama lain manakah yang diderita Almarhum/ah dan berapa lamanya?</p>	<p>A. _____ B. _____</p>
<p>4. Berapa lama Almarhum/ah dirawat di rumah sakit, tinggal di rumah atau berhalangan untuk hadir di pekerjaan?</p>	<p>_____</p>
<p>5. Apakah ada pengaruh lain dari sebab-sebab kematian Almarhum/ah karena kebiasaannya (menggunakan alkohol, obat bius, dsb), riwayat keluarga, pekerjaan atau penyakit sebelumnya?</p>	<p>_____</p>
<p>6. Berikan keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya</p>	<p>_____</p>

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban-jawaban di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

Nama \_\_\_\_\_

Alamat \_\_\_\_\_

Keahlian \_\_\_\_\_

Tanda tangan \_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_