

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

PT AVRIST ASSURANCE



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

B. DATA PENYAKIT / *ABOUT THE ILLNESS / DISEASE*

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

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

D. APABILA AKIBAT KECELAKAAN / IF CAUSED BY AN ACCIDENT

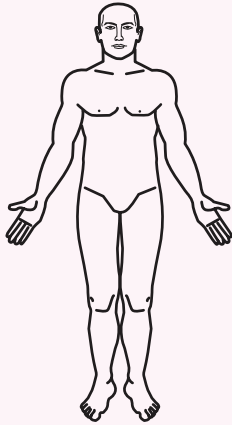
Tempat kecelakaan / Location of the accident _____

Tanggal dan Waktu Kecelakaan / Occurance Date

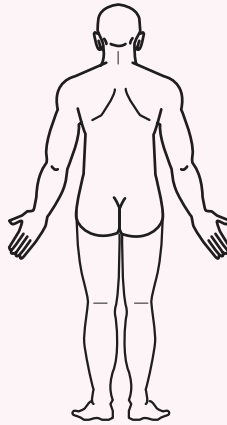
/ / Jam / Time

Penyebab kecelakaan / Cause of accident _____

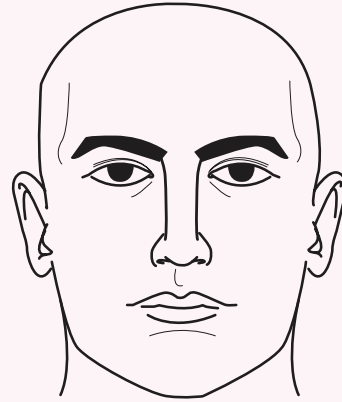
Status Lokalis / Local Status : _____



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 : _____

/ /

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 _____