

SURAT KETERANGAN DOKTER (dilengkapi oleh dokter)

Nama Pasien :
 Tanggal lahir :

1. Apakah Anda Dokter yang biasa merawat almarhum/-ah ? Ya Tidak
2. Jika "Ya" sudah berapa lama ?
3. Apakah Anda merawat almarhum/-ah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya

4. Menurut pengakuan almarhum/-ah sejak kapan almarhum/-ah mulai menderita penyakit tersebut ?

5. Pada Tanggal berapakah Almarhum mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali ? (tgl/bln/thn)

 - a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu
 - b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan
 - c. Apakah diagnose yang ditegakkan pada pasien ini?
 - d. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn)

 - e. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan sejak kapan didiagnosis (tgl/bln/thn)

6. Apakah Anda hadir pada meninggalnya ? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat almarhum/-ah ?.....
 Jika anda hadir pada meninggalnya alm(h) mohon penjelasan
 - a. Tempat Meninggal
 - b. Tanggal Meninggal (tgl/bln/thn).....
 - c. Sebab meninggal
 - d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan (tgl/bln/thn)
7. Apakah Anda pernah merawat almarhum/-ah untuk penyakit lain ? Jika benar, apa keluhannya ?

8. Penyakit utama lain manakah yang diderita almarhum/-ah dan berapa lamanya ?
9. Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian almarhum/-ah karena kebiasaan – kebiasanya (menggunakan alcohol, obat bius, dsb)

10. Berikan Keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya

PERNYATAAN DOKTER

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Tanggal :

Alamat :

Tanda Tangan dokter dan cap Rumah Sakit

()

Form-Clm-02-01-02-2016