

Form/CLM/004/Ver.1.1/04-20

Kepada Yth. Dokter yang merawat/ mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter (SKD) ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui:

DATA PASIEN

Nama Pasien : No. Rekam Medik :
 Tanggal Lahir : Umur :tahun
 Alamat Pasien : Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Nama Rumah Sakit :

Keadaan yang menyebabkan meninggal Tempat meninggal Tanggal & jam meninggal	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lain-lain: _____ _____ ____ / ____ / ____ tgl/bln/thn Jam: _____
JIKA MENINGGAL KARENA PENYAKIT Sebab utama meninggal Diagnosa Dasar diagnosa Sejak kapan penyakit tersebut mulai diderita? Apakah Sejawat hadir pada saat meninggalnya? Jika "Ya", Keluhan & gejala gangguan kesehatannya terakhir sebelum meninggal? / Diagnosa terakhir Jika "Tidak", Kapan sejawat terakhir merawat pasien ini sebelum meninggal?	_____ _____ _____ ____ / ____ / ____ tgl/bln/thn / sudah berapa lama _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak _____ ____ / ____ / ____ tgl/bln/thn
JIKA MENINGGAL KARENA KECELAKAAN Mohon ceritakan kronologis kecelakaan Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya?	_____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak Jika "YA", jelaskan: _____
JIKA MENINGGAL KARENA PENYEBAB LAIN Mohon jelaskan	_____
RIWAYAT PENYAKIT ▪ Nama Dokter/Rumah Sakit/Alamat RS ▪ Tanggal Berobat / Diagnosa ▪ Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Sejawat? Keluhan & Gejala serta Diagnosa? ▪ Apakah pasien ini pernah menderita/memiliki riwayat Hipertensi, DM, Jantung, Paru-Paru, Kejiwaan, Kelainan Bawaan, Narkotika, HIV? ▪ Apakah penyebab kematian sekarang berhubungan dengan riwayat penyakit diatas? ▪ Mohon sebutkan nama Dokter/Rumah Sakit/Alamat RS yang pernah merawat dikunjungi oleh Pasien ini	_____ / _____ / _____ ____ / ____ / ____ tgl/bln/thn / _____ ____ / ____ / ____ tgl/bln/thn _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak, Diagnosa _____ sejak ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak, Jika "YA", jelaskan _____ _____
Keterangan lainnya	_____

Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Nama Dokter : _____ (Tempat & Tanggal) : _____, ____ / ____ / ____
 Spesialisasi : _____
 No. Telepon/HP : _____ (_____) (_____)
Tanda Tangan Dokter Cap Rumah Sakit