

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Diisi oleh Dokter yang merawat Almarhum/ah menggunakan ballpoint

DATA DOKTER

Yang bertandatangan dibawah ini, saya :

Nama Dokter :
Alamat :
Nomor Telepon : HP :

DATA PASIEN

Mengingat sumpah jabatan, menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama Pasien :
Tanggal Lahir : Umur :
Alamat :
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Nomor rekam medis :

TELAH MENINGGAL DUNIA

Pada tanggal : Jam :
Tempat meninggal :

KETERANGAN SEBAB MENINGGAL

Sebab Meninggal (pilih salah satu)

1. [] Kecelakaan

a. Tanggal Kejadian :
b. Tempat Kejadian :
c. Rincian Kejadian :

2. [] Sakit (mohon di deskripsikan)

a. Diagnosa klinis pasien saat meninggalnya almarhum/ah
(mohon ditulis dengan bahasa Latin) :
b. Komplikasi dari penyakit
(mohon ditulis dengan bahasa latin) :
c. Keterangan lain sehubungan dengan diagnosa pasien :
d. Jika Dead On Arrival (mohon lampirkan copy visum et repertum) :

3. [] Lain-lain {(yang berasal dari kebiasaan (narkotik, alkohol, dll) riwayat keluarga atau pekerjaan)}
(Mohon sebutkan) :

Bila Pasien Meninggal karena disebabkan Penyakit :

1. Kapan pasien pertama kali berobat untuk penyakit (yang berkaitan dengan sebab meninggal)
tanggal/bulan/tahun :

2. Apakah yang bersangkutan merupakan pasien tetap di praktek dokter?
.....
.....

3. Pengobatan dilakukan secara [] teratur [] tidak teratur
.....
.....

4. Jenis serta hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan,Hasil P A dll yang dilakukan:
.....
.....
.....
(mohon lampirkan hasil pemeriksaan jika ada)

5. Perkiraan lamanya perjalanan penyakit sejak di derita sampai meninggal (interval between onseth and death)
adalah :haribulan Tahun

6. Mohon dapat memberikan pandangan/ pendapat secara medis mengenai penyakit yang diderita oleh yang
bersangkutan :
.....
.....
.....
.....

7. Sepengetahuan kami, Dokter / Rumah Sakit yang pernah merujuk mengobati / merawat pasien untuk penyakit
yang berkaitan dengan sebab meninggal adalah :

Nama Dokter / Rumah Sakit

Alamat

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....,/...../.....

Cap dokter / Rumah Sakit

Dokter yang merawat
(Nama lengkap & no SIP)