AIA Syariah

No. Polis Syariah / *Syariah Policy No:*

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
SANTUNAN KLAIM MENINGGAL / DEATH CLAIM BENEFIT

B

Nama pasien (Patient's name)	☐ Laki - laki (Male) ☐ Wanita (Female)
Tanggal lahir / usia (Date of birth / age)	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ ☐☐ tahun (years) tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Nomor rekam medis (Medical record number)	
Tanggal perawatan & jumlah hari perawatan (Date of hospitalization & lengths of hospitalization)	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ s.d. (to) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ = ☐☐ hari (days) tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy) tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Riwayat penyakit dahulu (Previous medical history) Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa (On which date the patient first diagnosed)	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Riwayat penyakit sekarang (Recent medical history) Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa (On which date the patient first diagnosed)	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Diagnosa, atau dugaan diagnosa (Diagnosa or pre diagnose)	
Apa Indikasi Medis untuk Rawat Inap ? (What Medical Indications for Hospitalization?)	
Diagnosa berhubungan dengan (The diagnose related to)	Kecelakaan (Accident) : ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No) Obat terlarang (Drug abuse) : ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No) HIV (AIDS) : ☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No)
Terapi Tindakan (Therapy or treatment)	
Penyebab / penyakit yang mendasari (Cause / underlying disease)	
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak (The date of the caused / underlying diseases occured	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Nama dan alamat Dokter yang merujuk (Name and address of referral Doctor)	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? (Has the patient ever been consulted / hospitalized before) ? a. Tanggal (Date) b. Diagnosa (Diagnose) c. Nama Dokter (Doctor's name) d. Nama Rumah Sakit (Hospital's name)	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Tempat dan tanggal meninggal (Place and date of death)	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
Penyebab atau dugaan sebab kematian (Cause of suspected cause of death)	

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.
(As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely).

Nama Dokter :
(Doctor's name)

Nama Rumah Sakit :
(Hospital's name)

Alamat Rumah Sakit :
(Hospital's address)

Tempat dan tanggal :
(Place and date)

☐☐ / ☐☐ / ☐☐
tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)

Tandatangan dan nama Dokter

Stempel Rumah Sakit