

Surat Keterangan Kematian

| | | |
|--|---|--------------------------|
| Identitas diri | Nama lengkap bertanggung | |
| | Alamat rumah | |
| | Jenis kelamin | Tanggal lahir |
| | | |
| Sebab kematian | Penyakit utama (diagnosa terakhir) | |
| | Penyebab utama kematian | |
| | Keluhan/riwayat penyakit sebelum kematian | |
| Data kematian | Tempat kematian | Tanggal dan jam kematian |
| | Apakah bertanggung merupakan pasien dokter pemeriksa : Kapankah pertama kali bertanggung mengunjungi Anda untuk memeriksakan diri, dalam hubungan penyakit yang diderita atau kecelakaan yang menyebabkan kematian ? | |
| | Apa diagnosa Anda pada saat itu ? | |
| | Apakah kematian disebabkan oleh : | |
| | a) Suatu penyakit | |
| | b) Kecelakaan | |
| | c) Pengaruh/akibat dari suatu kecelakaan | |
| | d) Apakah kecelakaan tersebut dipengaruhi oleh alkohol atau obat-obatan terlarang | |
| | e) Bunuh diri | |
| | Berikan masing-masing keterangan ringkas dari penyakit tersebut, kecelakaan atau bunuh diri | |
| | Apakah dilakukan autopsi ? Jika ya, jelaskan | |
| | Kapankah gejala pertama penyakit dari bertanggung Anda ketahui ? | |
| | Menurut pengetahuan analisa Anda sejak kapan bertanggung mengidap penyakit tersebut ? (atau berdasarkan anamnesa keluarga) | |
| Menurut sepengetahuan Anda apakah bertanggung juga pernah dirawat dokter lain ? Jika ya, sebutkan nama dokter tersebut, kapan dan alasannya | | |
| Keterangan yang masih diperlukan | | |
| Tanda tangan | Tempat dan tanggal | |
| | Dokter | Stempel dokter |