

## FORMULIR KLAIM TERMINAL ILLNESS (Dilengkapi oleh Dokter)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)  
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format Tanggal-Bulan-Tahun)

**1** Nama Tertanggung (Pasien):

Jenis Kelamin Tertanggung:  Laki-laki  Perempuan

Tanggal Lahir /Usia Tertanggung:  -  -  /  Tahun

**2** Nama Rumah Sakit Tempat Perawatan:

Nomor Rekam Medis:

**3 Rincian Medis**

a Diagnosa yang ditegakkan:

Tanggal pertama kali gejala penyakit tersebut diketahui:  -  -

Tanggal diagnosa kondisi tersebut ditegakkan:  -  -

Tanggal pasien mengetahui diagnose tersebut:  -  -

Nama Dokter yang pertama menegaskan diagnosa:

b Mohon sebutkan faktor-faktor klinis dalam menegaskan diagnosa tersebut di atas

c Mohon diberikan riwayat kesehatan pasien tersebut di atas beserta hasil pemeriksaan penunjang kesehatannya

Tanggal Perawatan	Diagnosa	Pemeriksaan Penunjang Diagnosa	Terapi

d Mohon penjelasan Dokter mengenai pengobatan yang telah dilakukan beserta hasilnya:

Tanggal Perawatan	Terapi /Pengobatan	Hasil Pengobatan

e Mohon diberikan nama Dokter /Rumah Sakit /Klinik yang Dokter rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya

Tanggal Kunjungan	Nama Dokter /Rumah Sakit /Klinik	Alamat

4 Mohon jelaskan kondisi pasien saat ini dalam Karnofsky Performance Score atau ECOG Scale

5 Sepanjang pengetahuan Dokter mengenai prognosis pada pasien ini, apakah harapan hidup pasien ini kurang dari 6 (enam bulan)?

a Apakah harapan hidup pasien ini kurang dari 6 (enam) bulan?  Ya  Tidak

Mohon penjelasannya

b Menurut pengamatan Dokter, apakah kematian ini juga disebabkan atau dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain? Jika "Ya", mohon diisi tabel berikut:  Ya  Tidak

Nama Penyakit	Diderita Sejak

6 Mohon informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu bagian klaim untuk memproses klaim ini (jika ada).

### Deklarasi dan Otorisasi Dokter

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di:

Tanggal:  -  -

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan)

Nama Dokter:

No Telp /HP:

Ahli /Kualifikasi:

Nama Rumah Sakit:

Alamat Rumah Sakit:

Tanda Tangan  
(sesuai KTP)

Stempel  
Rumah Sakit