

Surat Keterangan Dokter Penyakit Jantung

Rahasia

Kepada Yth. Dokter yang merawat,
Sehubungan dengan pengajuan Klaim Penyakit Kritis oleh Tertanggung dari PT FWD Insurance Indonesia di bawah ini, mohon untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini. Jika tidak mencukupi, jawaban dapat ditulis di balik Formulir atau dilampirkan di sehelai kertas tambahan.

Nama Pasien : Tanggal lahir :
No. Rekam Medis : Jenis kelamin : L/P

- Mohon diinformasikan kondisi medis yang diderita pasien saat ini. (pilih kondisi yang sesuai)

<input type="checkbox"/> Serangan jantung pertama	<input type="checkbox"/> Operasi jantung koroner
<input type="checkbox"/> Penyakit jantung koroner lain yang serius	<input type="checkbox"/> Operasi penggantian katup jantung
<input type="checkbox"/> Angioplasti dan penatalaksanaan invasif lainnya untuk penyakit jantung koroner	<input type="checkbox"/> Operasi pembuluh aorta
	<input type="checkbox"/> Kardiomiopati
- Mohon penjelasan mengenai diagnosa atas kondisi medis yang diderita pasien dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.
Diagnosa : Ditegakkan pada : (tgl/bln/thn)
- Mohon jelaskan secara rinci gejala penyakit yang diderita pasien dan sejak kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
.....
.....
.....
.....
- Apakah terdapat riwayat nyeri dada yang khas dan mengarah pada serangan jantung?
 Ya Tidak
- Mohon penjelasan mengenai pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan beserta kesimpulannya

Pemeriksaan Diagnostik	Tanggal Pemeriksaan	Hasil
EKG		
CK-MB		
Troponin I		
Troponin T		
Angiography		<input type="checkbox"/> LAD % <input type="checkbox"/> RCA % <input type="checkbox"/> CX % <input type="checkbox"/> LCA %
Echocardiography		

- Apakah tindakan operasi telah dilakukan?
 Ya Tidak
- Jika ya, mohon sebutkan jenis tindakan operasi/bedah yang telah dilakukan. (pilih kondisi yang sesuai)

<input type="checkbox"/> Operasi jantung terbuka untuk perbaikan fungsi katup	<input type="checkbox"/> Pemasangan alat <i>Enhaced External Counterpulsation</i> (EECP)
<input type="checkbox"/> <i>Coronary Artery Bypass Graft (CABG)</i>	<input type="checkbox"/> Pemasangan alat Pacu Jantung
<input type="checkbox"/> Operasi torakotomi pada Aorta	<input type="checkbox"/> <i>Pericardectomy</i>
<input type="checkbox"/> <i>Balloon angioplasty</i>	<input type="checkbox"/> Pembedahan Katup Percutaneous, seperti <i>valvuloplasty</i> dan <i>valvotomy</i>
<input type="checkbox"/> Pemasangan Defibrilator Jantung	<input type="checkbox"/> Tindakan lainnya, mohon jelaskan:
<input type="checkbox"/> <i>Keyhole Coronary Bypass</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Coronary Artery Arthrectomy</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Transmyocardial Laser Revascularisation</i>	

8. Apakah kondisi penyakit yang diderita pasien berhubungan kondisi berikut? *(pilih kondisi yang sesuai)*

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a. HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Penyalahgunaan minuman beralkohol dan keracunan nikotin | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Penyalahgunaan obat terlarang | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Penyakit, cacat, atau kelainan bawaan sejak lahir | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

9. Mohon diinformasikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi pasien sebelumnya atau rujukan untuk perawatan pasien selanjutnya

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat
.....
.....
.....
.....

Saya menyatakan bahwa semua keterangan tentang Pasien dalam Pernyataan ini adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini pada saat ini.

Nama Dokter :

Alamat Dokter :

No Telepon :

Tempat & Tanggal,

.....
Tandatangan dan Stempel Dokter