

Surat Keterangan Dokter Penyakit Kronis dan Hepatitis Viral Fulminan

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

1. Mohon penjelasan mengenai diagnosa atas kondisi medis yang diderita pasien dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.
Diagnosa : Ditegakkan pada : (tgl/bln/thn)

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala penyakit yang diderita paissendan sejak kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
.....
.....
.....

3. Apakah penyakit hati yang diderita pasien sudah mencapai pada tahap akhir?
 Ya Tidak

4. Apakah pasien telah mengalami kondisi sebagai berikut: *(pilih kondisi yang sesuai)*
 Seluruh bagian tubuh yang semakin berwarna kuning Penciutan ukuran hati secara cepat
(ikterik) Kematian jaringan hati hampir seluruh lobus hati
 Ascites Tes fungsi hati memperlihatkan adanya kerusakan
 Hepatic ensefalopati parenchim hati secara cepat dan masif

5. Mohon penjelasan mengenai hasil pemeriksaan diagnostik (USG, CT-abdomen, dan teknik pemeriksaan diagnostik lainnya)
terkait dengan diagnosa penyakit yang telah ditegakkan.
.....
.....
.....

6. Apakah penyakit yang diderita pasien berhubungan kondisi berikut? *(pilih kondisi yang sesuai)*
a. HIV/AIDS Ya Tidak
b. Penyalahgunaan minuman beralkohol dan keracunan nikotin Ya Tidak
c. Penyalahgunaan obat terlarang Ya Tidak
d. Penyakit, cacat, atau kelainan bawaan sejak lahir Ya Tidak

7. 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