

Surat Keterangan Dokter Penyakit Hilangnya Kemandirian Hidup, Kelumpuhan dan Polismyelitis

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 diinformasikan kondisi medis yang diderita pasien saat ini (*pilih kondisi yang sesuai*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hilangnya Kemandirian Hidup | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Kelumpuhan | |

2. Mohon penjelasan mengenai diagnosa atas kondisi medis yang diderita pasien dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.

Diagnosa : Ditegakkan pada : (tgl/bln/thn)

3. Mohon jelaskan secara rinci gejala penyakit yang diderita pasien dan sejak kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

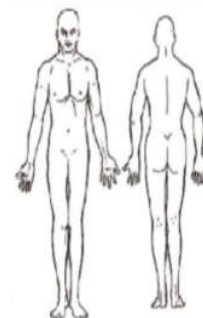
.....
.....
.....
.....

4. Mohon jelaskan secara rinci anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan.

.....
.....

5. Mohon jelaskan *tonus* dan kekuatan otot anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan.

.....
.....



6. Bagaimana sifat kelumpuhan tersebut?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sementara | <input type="checkbox"/> Permanen |
|------------------------------------|-----------------------------------|

7. Apakah pasien dapat melakukan aktifitas hidup sehari -hari di bawah ini, dengan atau tanpa alat pendukung, dengan alat khusus atau alat bantu lain

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---|---------------|
| a. Berpindah tempat duduk | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak, sejak | (tgl/bln/thn) |
| b. Mandi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak, sejak | (tgl/bln/thn) |
| c. Berpakaian | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak, sejak | (tgl/bln/thn) |
| d. Makan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak, sejak | (tgl/bln/thn) |
| e. Buang air besar/kecil | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak, sejak | (tgl/bln/thn) |

8. Apakah kelumpuhan yang diderita pasien disebabkan oleh kondisi sebagai berikut: (*pilih kondisi yang sesuai*)

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Kecelakaan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Kelainan tulang belakang | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Infeksi virus Polio | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Kerusakan sistem saraf akibat penyakit <i>lupus</i> (SLE) | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| e. Kerusakan sistem saraf akibat penyakit <i>HIV</i> | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| f. Penyalahgunaan minuman beralkohol dan keracunan nikotin | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| g. Penyalahgunaan obat terlarang | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| h. Penyakit, cacat, atau kelainan bawaan sejak lahir | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

9. 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 |

10. 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 Tertanggung 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