

Surat Keterangan Dokter Penyakit Kanker dan Tumor Jinak Otak

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 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 sejak kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
.....
.....
.....
- Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik) dan mohon lampirkan hasil pemeriksaannya.
.....
.....
.....
.....
.....
- Apakah penyakit kanker yang diderita pasien telah menyebar ke jaringan/organ lain?
 Ya, kanker telah menyebar ke Tidak
- Apakah penyakit kanker yang diderita pasien merupakan kanker in-situ?
 Ya Tidak

Khusus untuk penyakit Tumor Jinak Otak

- Apakah tumor yang diderita pasien telah menyebabkan kerusakan otak?
 Ya, kerusakan otak dalam bentuk Tidak
- Apakah pasien mengalami gejala peningkatan tekanan dalam tengkorak?
 Ya, gejala terjadi dalam bentuk Tidak
- Mohon penjelasan mengenai hasil pemeriksaan diagnostik (*CT-scan, MRI, biopsi*) terkait dengan diagnosa tumor jinak otak yang telah ditegakkan.
.....
.....
.....
.....
- Apakah kondisi penyakit yang diderita pasien merupakan: (pilih kondisi yang sesuai)

<input type="checkbox"/> Kista	<input type="checkbox"/> Meningioma
<input type="checkbox"/> Granuloma	<input type="checkbox"/> Neuroma akustik
<input type="checkbox"/> Perkapuran	<input type="checkbox"/> Kelenjar tumor hipofisis
<input type="checkbox"/> Kelainan bentuk dari arteri atau vena dari otak (AVM)	<input type="checkbox"/> Tumor sumsum tulang belakang
<input type="checkbox"/> Hematoma	

10. 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 |

11. 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