

Surat Keterangan Dokter Penyakit Stroke/Stroke yang Memerlukan Operasi Arteri Carotid

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 pasien dan sejak kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
.....
.....
.....
3. Mohon diinformasikan jenis gangguan pada otak yang dialami oleh pasien. (pilih kondisi yang sesuai)
 - Infark
 - Perdarahan otak
 - Trombosis
 - Embolisasi
 - Lainnya, sebutkan
4. Apakah pasien telah mengalami defisit neurologis yang permanen?
 - Ya, defisit neurologis dalam bentuk yang terjadi sejak (tgl/bln/thn)
 - Tidak, mohon penjelasan
5. Mohon penjelasan mengenai hasil pemeriksaan diagnostik (CT-scan, MRI, atau teknik *imaging* lainnya) yang terkait dengan diagnosa stroke yang telah ditegakkan.
.....
.....
.....
6. Apakah kondisi medis yang diderita oleh pasien berhubungan dengan kondisi di bawah ini? (pilih kondisi yang sesuai)
 - Transient Ischaemic Attack* (TIA)
 - Reversible Ischaemic Neurological Disorder*
 - Minor Stroke*
 - Kerusakan otak yang disebabkan kecelakaan, cedera, infeksi, vaskulitis, dan penyakit radang
 - Penyakit pembuluh darah yang mempengaruhi mata atau saraf mata, termasuk stroke mata
 - Gangguan iskemik dari sistem keseimbangan/*vestibular*
7. Untuk Stroke yang memerlukan Operasi Carotid, kapankah operasi dilakukan dan bagaimana kondisi Pasien setelah Operasi?
.....
.....
.....
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 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