

Surat Keterangan Dokter - Klaim Individu untuk Manfaat Hidup

(Diisi oleh dokter yang merawat)



Kepada Yth,
Dokter Yang Merawat/Mengobati
Mohon kesediannya untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan yang diketahui

Informasi Tertanggung

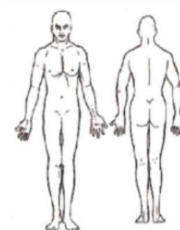
Nama Pasien : P/W No. Rekam Medis :
Tanggal Lahir : [] [] - [] [] - [] [] [] [] Age : y.o Tanggal Lahir :
Jenis Perawatan Rawat Inap Pre-/Post-Rawat Inap Kecelakaan \geq / \leq 48 jam sebelum masuk RS
 Cacat Tetap Tindakan Bedah Pulang Hari Penyakit Kritis Lainnya:

Informasi Perawatan

Tanggal Perawatan [] [] - [] [] - [] [] [] [] s/d [] [] - [] [] - [] [] [] []
Anamnesa
Diagnosa
Penyebab Perawatan Kecelakaan Penyakit, mohon penjelasannya :
Jika dilakukan Rawat inap mohon jelaskan Indikasi Rawat Inap :
Apakah perawatan ini atas permintaan pasien ? Ya Tidak
Apakah perawatan ini dapat dilakukan dengan Rawat Jalan ? Ya Tidak
Tanggal pertama kali diagnosa ditegakkan [] [] - [] [] - [] [] [] []
Sejak kapan Pasien mengalami gejala penyakit [] [] - [] [] - [] [] [] [] atau sejak
Dokter Yang Memeriksa : Rumah Sakit
Hasil Pemeriksaan Penunjang
(Laboratory, Radiology, MRI, CT scan, Angiography
Anatomy, pathology Anatomy, USG, dll..)
Jenis Operasi (jika dilakukan pembedahan): Tidak Ya, Sebutkan tindakan operasi :
Tujuan dilakukan pembedahan : Kuratif Diagnostik
Apakah diagnosa tersebut diatas berhubungan dengan Kelainan Cacat Bawaan Kehamilan, Persalinan, keguguran Kejiwaan
 Kosmetik Pemeriksaan Rutin Penyakit Menular Seksual
 HIV Alkohol/Narkotika

Jika berhubungan dengan kecelakaan/cacat

Apakah ada terdapat dari anggota tubuh dari Pasien yang mengalami cacat ?
 Tidak Ya, mohon sebutkan anggota tubuh yang mengalami cacat :
Bagaimana sifat Cacat tersebut
 Tetap Sementara
Apakah Pasien dapat melakukan pekerjaannya setelah mengalami cacat ini ?
 Tidak Ya, kemungkinan Tertanggung dapat memulai pekerjaan kembali pada/setelah berapa lama :



Riwayat penyakit terdahulu

Apakah Pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, dan lainnya? Tidak Ya, mohon jelaskan:

Diagnosa : Diderita Sejak [] [] - [] [] - [] [] [] []
Dokter yang Merawat : Rumah sakit

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar

Nama Dokter : Spesialisasi :

Alamat Dokter/Rumah sakit :

No. Telp/HP Dokter :

Tanggal [] [] - [] [] - [] [] [] []

(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10,
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53, Jakarta Selatan 12190, Indonesia
P 1 500 525 M (+62) 8551500525 E CustomerCare.id@fwd.com

Bebaskan langkah
fwd.co.id



PT.FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)