

# 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

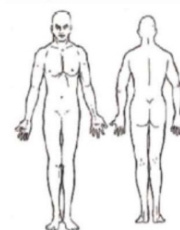
Nama Pasien : ..... P/W No. Rekam Medis : .....  
Tanggal Lahir : [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] Age : ..... y.o Tanggal Lahir : .....  
Jenis Perawatan  Rawat Inap  Pre-/Post-Rawat Inap  Kecelakaan  $\geq$  /  $\leq$  48 jam sebelum masuk RS  
 Cacat Tetap  Tindakan Bedah Pulang Hari  Penyakit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