

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG ANEMIA APLASTIS

Kepada Yth. Dokter yang merawat,  
Sehubungan dengan pengajuan Klaim Penyakit Kritis oleh Tertanggung dari PT FWD Life Indonesia di bawah ini.  
Mohon dapat mengisi Surat Keterangan Dokter ini. Terima kasih.

**RAHASIA**

No. Polis	:	
Nama Tertanggung	:	
Tanggal Lahir	:	
No. Catatan Medis	:	
No. KTP/SIM	:	
Pekerjaan	:	
Alamat	:	

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT FWD Life Indonesia atas kejadian-kejadian tertentu yang berkaitan dengan kesehatannya. Kami telah menerima pengajuan Klaim sehubungan dengan penyakit yang tertera di atas dan agar kami dapat menilai keabsahan Klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi Formulir ini.

**Untuk memastikan keabsahan Klaim, definisi Penyakit berikut harus dipenuhi.**

**Anemia Aplastik**

Gagalnya fungsi sumsum tulang yang kronis dan persisten yang mengakibatkan anemia, neutropenia dan trombositopenia yang memerlukan sedikitnya salah satu perawatan di bawah ini:

- a. Transfus darah; atau
- b. Obat penstimulasi sumsum tulang; atau
- c. Obat immunosupresif; atau
- d. Transplantasi sumsum tulang.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis berdasarkan hasil biopsi sumsum tulang.

**Adapun Penyakit yang Anda uraikan berikut ini adalah:** .....

Mohon dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini, jika tidak mencukupi jawaban dapat ditulis di balik Formulir atau dilampirkan di sehelai kertas tambahan.

**A. UMUM**

1. Apakah Anda adalah Dokter langganan Tertanggung?
  - a. Ya, sejak kapan? ..... / ..... / ..... (tanggal/bulan/tahun)
  - b. Tidak
  
2. Kapan Anda pertama kali memberi konsultasi untuk kondisi ini (tanggal/bulan/tahun), apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
 

.....

.....
  
3. Menurut Tertanggung sudah berapa lama gejala Penyakit tersebut dirasakan?
 

.....

.....
  
4. Berapa lama gejala tersebut menurut Anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.
 

.....

.....
  
5. Dari anamnesa Anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini?
 

Mohon uraikan jenis penyakit/keluhan apa saja dan sejak kapan diderita.	
Jenis Penyakit/Keluhan	Sejak kapan (tanggal/bulan/tahun)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

6. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....

7. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Mohon sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

.....

8. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya.

.....

## B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa Anda secara rinci.

.....

2. Bagaimanakah kadar Hemoglobin (Hb), jumlah sel darah merah, jumlah sel darah putih dan jumlah Trombosit?

.....

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan, mohon lampirkan fotokopinya.

.....

4. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (CT Scan atau MRI, dll) dan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.

.....

5. Apakah pernah dilakukan pengobatan berupa:

- |                                    |                          |    |                          |       |
|------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| a. Transfusi produk darah          | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |
| b. Obat penstimulasi sumsum tulang | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |
| c. Obat Immunosupresif             | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |
| d. Transplantasi sumsum tulang     | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |

6. Mohon berikan nama Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Menurut pendapat Anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi Penyakit yang disebutkan di halaman Pertama? Mohon penjelasannya.

.....

8. Mohon dapat memberikan informasi lainnya, jika ada, yang menurut Anda dapat membantu Kami untuk memproses Klaim ini.

.....

Saya menyatakan bahwa Saya pribadi yang merawat Tertanggung tersebut di atas dan 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