

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG LUKA BAKAR

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.

**Luka Bakar**

Luka bakar derajat tiga (seluruh lapisan kulit) minimum 20% (dua puluh persen) dari luas permukaan tubuh Tertanggung dengan mengacu pada pedoman *The Rule of Nines* atau tabel *Lund and Browder Body Surface*.

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. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?  
 .....
  
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. Apakah ada kebiasaan atau riwayat penyakit dari Tertanggung yang memungkinkan menambah parahnya luka bakar? Mohon penjelasan.  
 .....
  
7. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya.  
 .....

## B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa Anda secara rinci, termasuk saat terjadinya

.....  
 .....

2. Berapa persen dari luas permukaan tubuh luka bakar yang diderita Tertanggung?

.....  
 .....

3. Mohon dijelaskan tentang kerusakan kulit yang terjadi akibat luka bakar ini.

.....  
 .....

4. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan keadaan Tertanggung.

.....  
 .....

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

Nama

Alamat

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan disertai kesimpulan Anda.

.....  
 .....

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, .....

.....  
 Tandatangani dan Stempel Dokter