

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT COLITIS ULCERATIVE BERAT (*CRONCH'S DISEASE*)

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.

Colitis Ulcerative Berat / Cronch's Disease

Penyakit yang ditandai dengan karakteristik memenuhi minimum 2 (dua) kriteria dari ketentuan di bawah ini:

- a. Pengangkatan total usus besar;
- b. Pengangkatan sebagian atau beberapa bagian dari usus dengan beberapa kali pembedahan yang berbeda;
- c. *Ascending Sclerosing Cholangitis* sebagai penyakit penyerta dengan penyakit ini;
- d. Hepatitis aktif kronis *autoimmune* dan sirosis yang dibuktikan dengan pemeriksaan Patologi;
- e. Karsinoma *in situ* usus besar.

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. 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)
.....
.....
.....

4. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....

5. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang.

Mohon sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

.....

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

.....

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan secara rinci diagnosa Anda terhadap Tertanggung dan sejak kapan diagnosa itu ditegakkan (tanggal/bulan/tahun)?

.....

2. Mohon jelaskan gejala klinis Colitis Ulcerative Berat (Cronch's Disease) pada Tertanggung.

.....

3. Apakah penyakit Colitis Ulcerative Berat (Cronch's Disease) sudah ada:

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Pengangkatan total usus besar | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Pengangkatan sebagian atau beberapa bagian dari usus dengan beberapa kali pembedahan yang berbeda | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. <i>Ascending Sclerosing Cholangitis</i> sebagai penyakit penyerta dengan penyakit ini | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Hepatitis aktif kronis <i>autoimmune</i> dan sirosis yang dibuktikan dengan pemeriksaan Patologi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| e. Karsinoma <i>in situ</i> usus besar. | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

4. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit Colitis Ulcerative Berat (Cronch's Disease) pada Tertanggung? Mohon penjelasan secara rinci.

.....

5. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan dan lain-lain yang berhubungan dengan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.

Pemeriksaan

Kesimpulan

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

6. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan saat ini obat apa saja yang sedang diberikan pada Tertanggung?

.....

7. Bagaimana keadaan Tertanggung saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci

.....

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

Nama

Alamat

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

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

.....

10. 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