

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT PARU-PARU KRONIS TAHAP AKHIR-HIPERTENSI PULMONAL PRIMER

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.

Penyakit Paru-Paru Kronis/Tahap Akhir

Penyakit Paru-Paru tahap akhir termasuk penyakit Paru-Paru Interstitial yang disebabkan oleh penyakit gagal pernafasan yang kronik. Diagnosa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Paru dan harus memenuhi kriteria di bawah ini:

- a. Memerlukan terapi oksigen yang ekstensif dan permanen
- b. Hasil test fungsi Paru FEV1 secara konsisten kurang dari 1 liter
- c. Anasila Gas Darah Arteri dengan tekanan artial oksigen sama dengan atau kurang dari 55 mmHg (PaO₂ < 55 mmHg), dan
- d. Sesak nafas walaupun sedang beristirahat.

Hipertensi Pulmonal Primer (*Primary Pulmonary Hypertension*)

Kelainan patologis dimana terjadi peningkatan tekanan Pulmonum (pada Pembuluh Darah Paru) akibat gangguan struktur, fungsi atau sirkulasi paru-paru sehingga mengakibatkan pembesaran bilik kanan jantung dan memenuhi kriteria di bawah ini:

- a. Menyebabkan ketidakmampuan fisik permanen sesuai dengan Kelas IV Klasifikasi "*New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment*", dan
 - b. Harus ada bukti bahwa tekanan Pulmonal menetap lebih dari 30 (tiga puluh) mmHg minimum selama periode 6 bulan secara terus menerus.
- Diagnosa Penyakit ini ditegakkan oleh Dokter Spesialis Jantung atau Dokter Spesialis lain yang sesuai dan dibuktikan dengan pemeriksaan klinik dan katerisasi Jantung.

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? (seperti detak jantung tidak normal, nyeri dada, edema, sesak nafas, dan lain-lain)

.....

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

.....

.....

6. Apakah Tertanggung terkontaminasi oleh berbagai macam bahan/zat yang memungkinkan bertambahnya risiko dari Penyakit Paru-Parunya? (baik yang disebabkan oleh pekerjaan atau bukan). Jika ya, mohon penjelasan

.....

.....

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.

.....

.....

B. RINCIAN MEDIS

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

.....

.....

2. Mohon jelaskan sejauh mana perkembangan Penyakit ini dan bagaimana pengaruhnya pada aktivitas Tertanggung sehari-hari.

.....

.....

3. Mohon uraikan secara lengkap semua hasil pemeriksaan Anda terutama tes fungsi Paru-Paru (hasil FEV, FEV1, dan kapasitas vital).

.....

.....

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

.....

.....

5. Apabila diperlukan Oksigen, berapa kali dan dimanakah hal ini dilaksanakan? Apakah Oksigen saat ini masih diberikan?

.....

.....

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