

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT KISTA MEDULLARY

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 Kista Medullary

Penyakit ginjal yang progresif herediter dikarakteristikan dengan adanya kista pada *medulla*, *atrofi tubular* dan *fibrosis intersisial* dengan manifestasi berupa anemia, *poliuria* (banyak mengeluarkan air seni) dan kehilangan sodium melalui ginjal, kemudian berkembang menjadi gagal ginjal yang kronis.

Diagnosa ini harus didukung dengan hasil biopsi ginjal.

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? (tanggal/bulan/tahun)

.....

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

.....

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

**B. RINCIAN MEDIS**

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

.....

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

.....

3. Mohon dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium (biopsi ginjal, USG, MRI, dll) dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas beserta kesimpulan Anda.

.....

4. Apakah yang menyebabkan terjadinya Penyakit Kista Medullary, mohon jelaskan secara rinci.

.....

5. Apakah Penyakit Kista Medullary sudah berkembang menjadi gagal ginjal kronis? Bila ya, mohon jelaskan.

.....

6. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan saat ini?

.....

7. Apakah secara klinis Tertanggung sudah mengalami:

- a. Anemia  Ya  Tidak
- b. Polyuria  Ya  Tidak
- c. Kehilangan Sodium melalui Ginjal  Ya  Tidak

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

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

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

.....

11. 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