

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT HEPATITIS FULMINANT

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.**

### Hepatitis Viral Fulminant

Kematian jaringan (nekrosis) hati yang *submassive* sampai *massive* (total) akibat Virus Hepatitis yang mengarah pada percepatan timbulnya kegagalan fungsi hati.

Kriteria diagnosa harus ada:

- a. Penciutan ukuran hati secara cepat,
- b. Kematian jaringan (nekrosis) hati meliputi hampir seluruh lobus hati dan hanya menyisakan kerangka retikuler yang rusak,
- c. Tes fungsi hati yang memperlihatkan adanya kerusakan *parenchim* hati yang cepat dan *massive*,
- d. Bagian tubuh yang semakin nyata berwarna kuning (*Ikterik*), dan *Hepatic Ensefalopati*

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

- Apakah Anda adalah Dokter langganan Tertanggung?
  - a. Ya, sejak kapan? ..... / ..... / ..... (tanggal/bulan/tahun)
  - b. Tidak
- Kapan Anda pertama kali memberi konsultasi untuk kondisi ini (tanggal/bulan/tahun), apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?  
.....
- Menurut Tertanggung sudah berapa lama gejala Penyakit tersebut dirasakan?  
.....
- Berapa lama gejala tersebut menurut Anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.  
.....
- 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)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
- 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. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

.....

.....

3. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit Hepatitis Fulminant, mohon jelaskan secara rinci.

.....

.....

4. Mohon dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas beserta kesimpulan Anda.

.....

.....

5. Apakah tes fungsi hati memperlihatkan adanya:

- a. Penyakit *parenchym* hati yang massive  Ya  Tidak
- b. Tanda-tanda akan adanya *Portasystemic Encephalopathy*  Ya  Tidak

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 prognosinya? 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 penjelasannya.

.....

.....

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