

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT KAWASAKI

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 Kawasaki yang Mengakibatkan Komplikasi pada Jantung**

Komplikasi penyakit Kawasaki pada jantung ini harus memenuhi kriteria:

- a. Pelebaran/aneurisma dari arteri koroner yang berlangsung secara terus menerus selama 6 (enam) bulan yang diakibatkan oleh penyakit Kawasaki dan dibuktikan dengan pemeriksaan Ekokardiografi, dan
- b. Pelebaran/aneurisma tersebut berukuran minimum 6 milimeter

Diagnosa dari penyakit ini ditegakkan oleh Dokter Spesialis Anak atau Dokter Spesialis lain yang sesuai.

**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)?

.....

.....

3. Menurut Tertanggung sudah berapa lama gejala Penyakit tersebut dirasakan?

.....

.....

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. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya? (tanggal/bulan/tahun)

.....

.....

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. Apakah Penyakit Kawasaki pada Tertanggung sudah menyebabkan komplikasi di Jantung (berupa pelebaran aneurisma dari arteri coroner)?  
Jika ya, mohon jelaskan secara rinci komplikasi tersebut dan sejak kapan terjadi komplikasi di Jantung tersebut (tanggal/bulan/tahun).

.....

.....

3. Mohon penjelasan secara rinci, sudah berlangsung berapa lama komplikasi di Jantung pada Tertanggung akibat Penyakit Kawasaki ini?

.....

.....

4. Mohon dilampirkan hasil pemeriksaan (lab darah, Ekokardiografi (EKG) atau MRI, dll) dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas beserta kesimpulan Anda.

.....

.....

5. Mohon penjelasan, apa penyebab Penyakit Kawasaki Tertanggung.

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

9. 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