

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT GAGAL GINJAL

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.

Gagal Ginjal

Gagal ginjal tahap akhir, yang ditandai dengan kegagalan berfungsinya kedua ginjal yang kronis dan tidak dapat dipulihkan kembali, sehingga memerlukan cuci darah (dialisis) yang permanen atau transplantasi ginjal.

Diagnosa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Ginjal (*Nephrolog*) atau dokter spesialis 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), apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?

.....

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?

.....

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

.....

.....

4. Mohon penjelasan atas hal berikut:

- a. Apakah gagal ginjal sudah memasuki tahap akhir Ya Tidak
- b. Apakah Tertanggung kini menjalani dialisis peritoneal/hemodialisis secara teratur? Ya Tidak
- c. Apakah transplantasi ginjal telah dilakukan Ya, / / (tanggal/bulan/tahun) Tidak
- d. Jika belum, apakah ada rencana untuk transplantasi Ya, / / (tanggal/bulan/tahun) Tidak

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

Nama

Alamat

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

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

.....

.....

7. 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