

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT LUPUS ERITOMATOSUS SISTEMIK

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.**

### **Lupus Eritomatosus Sistemik (*Systemic Lupus Erythematosus*)**

Penyakit autoimun yang multisistem dan multifaktor yang ditandai oleh perkembangan auto antibodi untuk menyerang berbagai organ tubuh.

Jenis Lupus Eritomatosus Sistemik yang ditanggung adalah jenis-jenis Lupus Eritomatosus Sistemik yang melibatkan ginjal (Lupus Nefritis Kelas III, IV dan V), yang dipastikan dengan biopsi ginjal, sesuai dengan klasifikasi WHO di bawah ini:

Kelas III: Focal Segmental Proliferative Lupus Glomerulonephritis

Kelas IV : Diffuse Proliferative Lupus Glomerulonephritis

Kelas V : Membranous Lupus Glomerulonephritis

Diagnosa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Rematologi dan Imunologi.

**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? (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 diagnosa Lupus Eritomatosus Sistemik dari Anda terhadap Tertanggung dan sejak kapan diagnosa itu ditegakkan (tanggal/bulan/tahun)?

.....

2. Apakah penyakit ini pada Tertanggung merupakan penyakit autoimun yang multisistemik? Mohon penjelasan

.....

3. Apakah penyakit ini telah ditandai dengan peningkatan autoimun antibodi yang menyerang berbagai antigen tubuh? Mohon jelaskan.

.....

4. Sebutkan jenis Lupus Eritomatosus Sistemik dan terletak di bagian organ tubuh mana yang terkena?

.....

5. Jelaskan hasil Biopsi yang telah dilakukan, mohon lampirkan fotokopinya.

.....

6. Apa faktor pencetus timbulnya Lupus Eritomatosus Sistemik pada Tertanggung? Apakah karena obat (drug induced)?

.....

7. Apakah ada gejala Lupus di bagian tubuh yang lain?

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

9. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.

.....

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

.....

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

Mohon penjelasannya.

.....

12. 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