

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
TENTANG PENYAKIT MENINGITIS BAKTERI-RADANG OTAK-  
ANEURISMA PEMBULUH DARAH OTAK YANG MENSYARATKAN PEMBEDAHAN**

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.**

**Meningitis Bakteri**

Peradangan Selaput Otak atau Sumsum Tulang Belakang oleh bakteri sehingga terjadinya Defisit Neurologis permanen yang berlangsung selama minimum 6 (enam) minggu.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf dan didapatkan adanya infeksi bakteri di dalam cairan otak pada Pungsi Lumbal.

**Radang Otak (Ensefalitis)**

Peradangan Otak (Hemisphere Otak Besar, Batang Otak atau Otak Kecil) oleh infeksi virus sehingga terjadi Defisit Neurologis permanen (dapat berupa Retardasi Mental, emosi yang labil, gangguan penglihatan/pendengaran/berbicara, kelemahan atau kelumpuhan) yang berlangsung selama minimum 6 (enam) minggu.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf.

**Aneurisma Pembuluh Darah Otak yang mensyaratkan pembedahan**

Pembedahan Otak untuk memperbaiki pelebaran yang tidak normal dari pembuluh Arteri Cerebral yang melibatkan seluruh lapisan dari tiga lapisan dinding pembuluh darah Arteri Cerebral.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Bedah Saraf dengan menggunakan pemeriksaan standar *Cerebral Angiografi* dimana hasil pemeriksaan tersebut mengindikasikan untuk dilakukan operasi terbuka.

**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 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 secara rinci dan kapankah diagnosa tersebut ditegakkan?

.....

2. Jika Tertanggung menderita Penyakit Meningitis Bakteri, apakah telah terjadi peradangan pada Selaput Otak atau Sumsum Tulang Belakang akibat dari penyakit tersebut? Jika ya, mohon penjelasan secara rinci.

.....

3. Jika Tertanggung menderita Penyakit Radang Otak, apakah telah terjadi inflamasi dari Otak akibat dari penyakit tersebut? Jika ya, mohon penjelasan secara rinci.

.....

4. Apakah penyakit tersebut telah menimbulkan ketidakmampuan neurologis yang permanen? Mohon penjelasan secara rinci status neurologis dan sejak kapan terjadi ketidakmampuan neurologis tersebut?

.....

5. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (laboratorium darah, fungsi lumbal, CT Scan atau MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.

.....

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

.....

7. Apakah penyakit yang diderita saat ini merupakan penyakit primer atau komplikasi dari penyakit lain? Mohon jelaskan.

.....

8. Jika bukan merupakan penyakit primer, maka jelaskan secara rinci komplikasi dari penyakit apa dan sejak kapan diderita.

.....

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