

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT MULTIPLE SCLEROSIS - ALZHEIMER - PENYAKIT MOTOR NEURON - PARKINSON - APALLIC SYNDROME

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.

Multiple Sclerosis

Penyakit yang menyebabkan demielinisasi Otak dan Sumsum Tulang.

Diagnosa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf yang menegaskan kombinasi:

- a. Gejala-gejala yang mengarah pada serabut-serabut (substansi putih) yang meliputi Saraf Optik, Batang Otak, dan Sumsum Tulang Belakang yang mengakibatkan defisit neurologis berupa gangguan koordinasi/fungsi sensorik motorik dan atau gangguan emosi yang berlangsung minimum selama 6 (enam) bulan, dan
- b. Terdapat satu atau lebih episode gangguan-gangguan neurologis yang melibatkan berbagai kombinasi defisit neurologis.

Penyakit Alzheimer

Kriteria yang harus dipenuhi:

- a. Kemunduran atau hilangnya kemampuan intelektual atau tingkah laku yang tidak normal yang dibuktikan melalui evaluasi klinis, kuisioner/tes standar yang dapat diterima mengenai Penyakit Alzheimer dan teknik Imaging.
- b. Gangguan Otak organik degeneratif yang tidak dapat pulih kembali, yang mengakibatkan penurunan fungsi mental dan sosial yang nyata.
- c. Diperlukan pengawasan terus-menerus terhadap Tertanggung.
- d. Diagnosa harus secara klinis ditegakkan oleh Dokter Spesialis yang sesuai.

Penyakit Motor Neuron

Diagnosa yang pasti tanpa keraguan mengenai Penyakit Motor Neuron yang disebabkan degenerasi progresif pada Batang Otak dan Anterior Horn Cells atau Neuron Bulbar Efferent termasuk Spinal Muscular Atrophy, Progressive Bulbar Palsy, Amyotrophic Lateral Sclerosis dan Primary Lateral Sclerosis.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf disertai bukti bahwa penyakit berjalan progresif dan mengakibatkan defisit neurologis yang permanen.

Penyakit Parkinson

Diagnosa yang pasti tanpa keraguan mengenai penyakit Parkinson Idiopatic yang ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf dan memenuhi kriteria di bawah ini:

- a. Tidak dapat dikontrol dengan obat-obatan
- b. Menunjukkan tanda-tanda kerusakan yang progresif
- c. Ketidakmampuan dalam melakukan minimum 3 (tiga) dari 5 (lima) Aktivitas Hidup Sehari-hari dan ketidakmampuan tersebut berlangsung secara terus-menerus selama minimum 6 (enam) bulan.

Apallic Syndrome

Kerusakan jaringan Otak secara menyeluruh dengan tidak melibatkan Batang Otak dan berlangsung terus-menerus selama minimum 1 (satu) bulan.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf.

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? (seperti gerakan tidak terkendali (tremor), kekakuan otot gerak, otot wajah kaku, demensia, gangguan penglihatan dan pendengaran, kemunduran intelektual, dll)

3. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

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. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Mohon sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

7. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya.

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan secara rinci diagnosa Anda terhadap Tertanggung dan sejak kapan diagnosa itu ditegakkan? (tanggal/bulan/tahun)

2. Dari pengamatan Anda, mohon uraikan kapan dan sejauh mana tingkat defisit neurologis ataupun gangguan intelektual Tertanggung.

Tanggal

Jenis dan Tingkat Defisit Neurologis

3. Mohon jelaskan tentang kerusakan/melemahnya fungsi dan koordinasi dari Sistem Saraf Sensorik dan Motorik yang terjadi.

4. Apakah menurut Anda terdapat adanya kelemahan dari Saraf Mata, Batang Otak dan Saraf Tulang Belakang pada saat yang bersamaan?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan Anda.

.....

5. (Untuk Klaim Penyakit Parkinson)

Apakah Penyakit ini merupakan akibat dari pengobatan untuk penyakit lainnya/akibat penggunaan obat tertentu, atau berhubungan dengan penyakit lain seperti Penyakit Wilson atau Huntington Chore? Jika ya, mohon jelaskan.

.....

6. (Untuk Klaim Penyakit Alzheimer)

Apakah Tertanggung membutuhkan pengawasan terus-menerus? Jika ya, berapa lama?

.....

7. Saran dan tindakan apa yang diambil sehubungan dengan diagnosa Anda dan bagaimana prosedur dari tindakan tersebut?

Tanggal

Tindakan dan Saran

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

8. Apakah Tertanggung menggunakan alat bantu gerak seperti Tongkat dan Kursi Roda? Jika ya, mohon sebutkan alat apa saja dan sudah berapa lama?

.....

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

.....

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

Nama

Alamat

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

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,

.....
 Tandatangani dan Stempel Dokter