

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT RHEUMATOID ARTHRITIS BERAT

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.**

### Rheumatoid Arthritis Berat

Rheumatoid Arthritis Kronis sebagai akibat gangguan autoimun yang didiagnosa oleh Dokter Spesialis Rematologi dan Imunologi.

Karakteristik dari penyakit ini adalah harus memenuhi semua kriteria:

- a. Berdasarkan diagnosa dari American College of Rheumatology, dan
- b. Kerusakan dan kelainan bentuk paling sedikit 3 (tiga) dari sendi-sendi berikut ini: sendi tangan interphalangeal, sendi pergelangan tangan, siku, lutut, persendian pinggul, pergelangan kaki, tulang leher atau sendi kaki interphalangeal. Semua gejala yang timbul harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan klinis dan studi Imaging yang memperlihatkan adanya perubahan tersebut, dan
- c. Ketidakmampuan fisik menyebabkan ketidakmampuan melakukan 3 (tiga) dari 5 (lima) Aktivitas Hidup Sehari-hari tanpa bantuan orang lain secara terus menerus selama periode minimum 6 (enam) bulan.

**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. 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 diagnosa Anda secara rinci berdasarkan kriteria American College of Rheumatology dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.

.....

.....

2. Mohon jelaskan kerusakan dan kelainan bentuk dari sendi-sendi Tertanggung (paling sedikit 3 (tiga) sendi) beserta hasil pemeriksaan yang menunjang kondisi tersebut.

.....

.....

3. Apakah penyakit ini pada Tertanggung merupakan gangguan autoimun? Jika ya, mohon penjelasan secara rinci.

.....

.....

4. Dari kegiatan sehari-hari ini, mana yang sudah tidak mampu dilakukan oleh Tertanggung: mandi, berpakaian, menggunakan kamar kecil, makan dan kemampuan untuk naik atau turun tempat tidur atau kursi (beralih tempat)? Sudah sejak kapan ketidakmampuan ini berlangsung

.....

.....

5. Mohon lampirkan hasil Pemeriksaan dan lain-lain yang berhubungan dengan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.

.....

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan saat ini obat apa saja yang sedang diberikan kepada Tertanggung?

.....

.....

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