

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG OPERASI SCOLIOSIS IDIOPATIK

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.

Operasi Scoliosis Idiopatik

Operasi Scoliosis Idiopatik (yang tidak diketahui penyebabnya) dimana dilakukan dengan operasi spinal untuk mengkoreksi *curvatura* tulang belakang yang tidak normal kembali ke bentuk normal (berbentuk garis lurus yang tampak dari punggung).

Yang dimaksud kondisi *Scoliosis* ini adalah posisi curva tulang belakang melebihi 40 derajat sudut cobb.

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 sejauh mana tingkat ketidaknormalan tulang belakang pada Tertanggung.
.....
2. Mohon jelaskan tentang posisi curva tulang belakang pada Tertanggung, apakah sudah melebihi 40 derajat cobb?
.....
3. Mohon jelaskan apakah penyebab Scoliosis pada Tertanggung bersifat Idiopatik?
Bila tidak, mohon penjelasan apa penyebab kelainan tulang belakang pada Tertanggung.
.....
4. Mohon jelaskan apakah kelainan bentuk tulang belakang ini ada hubungan dengan kelainan bawaan (congenital)?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan Anda.
.....
5. Mohon jelaskan apakah kelainan tulang belakang ini ada hubungan dengan penyakit Neuromuscular?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan Anda.
.....
6. Mohon jelaskan apakah sudah dilakukan operasi Spinal untuk mengkoreksi Curvature tulang belakang pada Tertanggung yang tidak normal ke bentuk normal (bentuk garis lurus yang tampak dari punggung) dan kapan tindakan tersebut dilakukan?
.....
7. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.
.....
8. Mohon berikan nama Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

Nama	Alamat
.....
.....
.....
.....
9. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan saat ini?
.....
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