

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG TRAUMA KEPALA SERIUS

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.

Trauma Kepala Serius

Kecelakaan yang menyebabkan luka pada kepala sehingga mengakibatkan defisit neurologi permanen yang timbul kurang dari 6 (enam) minggu sejak Kecelakaan terjadi sehingga Tertanggung tidak dapat melakukan 3 (tiga) dari 5 (lima) aktivitas hidup sehari-hari selama minimum 6 (enam) bulan.

Diagnosa ini harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf dan didukung pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, *Computerized Tomography*, atau teknik *imaging* lainnya yang diakui.

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 secara lengkap penyebab dan keadaan dari penyakit atau kecelakaan.

.....

2. Jika karena kecelakaan, mohon sebutkan tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan.

.....

3. Kapan dan dimana pertama kali Anda menangani pasien sesuai terjadinya kecelakaan?

Tanggal	Tempat	Tindakan
.....
.....
.....

4. Mohon penjelasan jenis kecelakaan

.....

5. Mohon penjelasan penyebab kecelakaan menurut pengamatan Dokter.

.....

6. Apakah kondisi medis pasien ini semata-mata hanya disebabkan oleh kecelakaan tersebut?

Ya Tidak

Jika tidak, apakah ada hubungannya dengan kecelakaan yang terjadi sebelumnya atau penyebab lain? Mohon penjelasan.

.....

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

Nama	Alamat
.....
.....
.....

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

.....

9. Mohon dituliskan perawatan medis yang telah diberikan.

Tanggal	Status Klinis Penderita	Tindakan/Pengobatan
.....
.....
.....

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

.....

11. Bagaimana keadaan Tertanggung saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.

.....

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

Mohon penjelasannya.

.....

13. 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