SURAT KETERANGAN DOKTER
TENTANG PENYAKIT STROKE / STROKE YANG MEMERLUKAN OPERASI ARTERI CAROTID

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.

Stroke
Penyakit akibat gangguan pembuluh darah otak, termasuk kematian jaringan otak, pendarahan otak/*Subarachnoid*, trombosis atau embolisasi otak.

Diagnosa ini harus memenuhi kriteria di bawah ini:
a. Bukti defisit neurologis yang permanen yang ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf dan gejala berlangsung paling sedikit 6 minggu setelah serangan, dan
b. Penemuan dari pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *Computerized Tomography*, atau teknik Imaging lain yang sesuai dengan diagnosa Stroke yang baru terjadi.

Stroke yang memerlukan Operasi Arteri Carotid
Operasi Arteri Carotid (*Carotid Endarterectomy*) oleh Dokter Spesialis Bedah Saraf yang diperlukan untuk membuang timbunan plak di Arteri Carotid pada Stroke yang telah berlangsung lebih dari 6 (enam) bulan. Operasi ini atas dasar indikasi medis dan direkomendasikan oleh Dokter Spesialis Saraf untuk mencegah berulangnya serangan *Ischemic Cerebrovascular*.

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)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

FWD Life
Gedung WTC 1, Lantai 11, Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31
Jakarta Selatan 12920, Indonesia
FWD Customer Care (+62) 1500 391 | Fax (+62)21 5211735
Email : cs.id@fwd.com

6. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....

.....

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

.....

.....

2. Mohon jelaskan secara rinci tentang adanya gejala-gejala dan tanda-tanda gangguan yang berlangsung lebih dari 24 jam dan jelaskan buktinya secara rinci.

.....

.....

3. Adakah infark pada otak, pendarahan atau embolisasi dari sumber ekstra kranial? Jika ya, sebutkan lokasi, luas dan akibatnya.

.....

.....

4. Untuk Stroke yang memerlukan Operasi Carotid, kapankah Operasi dilakukan dan bagaimana kondisi Tertanggung setelah Operasi?

.....

.....

5. Mohon dijelaskan tindakan yang dilakukan.

.....

.....

.....

6. Mohon dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas.

.....

.....

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

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

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