

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT TUMOR OTAK JINAK

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.

Tumor Otak Jinak

Ancaman hidup yang disebabkan oleh Tumor Otak, yang bukan Kanker, yang menimbulkan kerusakan Otak dan gejala-gejala peningkatan tekanan di dalam tengkorak seperti *Papilloedema* (pembengkakan Papil), gangguan mental, gila dan gangguan indra.

Diagnosa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf dan didukung oleh hasil 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. 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)
.....
.....
.....

4. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....

5. Berapa lama gejala tersebut menurut Anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.

.....

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. Mohon sebutkan jenis Tumor dan terletak di bagian tubuh mana?

.....

.....

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik), mohon lampirkan fotokopinya.

.....

.....

4. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan CT Scan atau MRI yang telah dilakukan, mohon lampirkan fotokopinya.

.....

.....

5. Mohon gambarkan keadaan ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang tepat.

.....

.....

6. Apakah penyakit ini telah terlokalisir secara lengkap?

.....

.....

7. Apakah penyakit ini sudah mempunyai anak sebar? Dan apakah ada penyebaran di jaringan-jaringan di sekitarnya?

.....

.....

8. Apakah ada penyebaran ke jaringan tubuh yang berjauhan?

.....

.....

9. Menurut Anda, apakah sudah terjadi ancaman hidup akibat Tumor ini? Mohon jelaskan

.....

.....

10. Apakah Tumor sudah menimbulkan kerusakan Otak? Bila ya, bagian mana dan apa gejala yang ditimbulkannya?

.....

.....

11. Apakah sudah ada gejala-gejala peningkatan tekanan di dalam tengkorak? Bila ya, gejala apa yang timbul, mohon jelaskan.

.....

.....

12. Mohon dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas beserta kesimpulan Anda.

.....

.....

13. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan saat ini obat apa saja yang sedang diberikan kepada Tertanggung?

.....

.....

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

Nama

Alamat

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

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

Mohon penjelasannya.

.....

.....

16. 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