

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT KEMATIAN SELAPUT OTOT ATAU JARINGAN (GANGRENE) - KAKI GAJAH KRONIS

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.

### **Kematian Selaput Otot atau Jaringan (Gangrene)**

- a. Gejala-gejala klinis yang memenuhi kriteria diagnostik untuk kematian selaput otot atau jaringan;
- b. Infeksi bakteri spesifik; dan
- c. Kerusakan otot yang luas yang menyebabkan kehilangan fungsi yang total dan tetap yang mengenai 2 atau lebih anggota gerak minimum sebatas pergelangan kaki/tangan atau mengenai 1 anggota gerak minimum sebatas lutut/siku.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis.

### **Penyakit Kaki Gajah Kronis**

Penyakit Kaki Gajah Kronis dengan karakteristik:

- a. Pembengkakan yang berat dan menetap mulai dari lengan dan kaki atau bagian tubuh lain yang diakibatkan oleh penyumbatan kelenjar Limfe; dan
- b. Ditemukannya adanya infeksi *microfilaria* dari hasil pemeriksaan laboratorium.

**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

- Apakah Anda adalah Dokter langganan Tertanggung?
    - a. Ya, sejak kapan? ..... / ..... / ..... (tanggal/bulan/tahun)
    - b. Tidak
  - Kapan Anda pertama kali memberi konsultasi untuk kondisi ini (tanggal/bulan/tahun), apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?  
.....
  - Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?  
.....
  - Berapa lama gejala tersebut menurut Anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.  
.....
  - 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.

.....

.....

2. Mohon jelaskan gejala klinis kematian selaput otot atau jaringan (gangrene) pada Tertanggung.

.....

.....

3. Apakah kematian selaput otot atau jaringan (gangrene) pada Tertanggung diakibatkan karena infeksi bakteri? Jika ya, mohon berikan penjelasan secara rinci.

.....

.....

4. Apakah kerusakan otot pada Tertanggung cukup luas sehingga menyebabkan kehilangan yang total dan tetap yang mengenai bagian tubuh pada Tertanggung? Jika ya, mohon jelaskan bagian tubuh mana.

.....

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

8. 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