

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT PANKREATITIS MENAHUN YANG BERULANG

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.

Pankreatitis Menahun yang Berulang

Pankreatitis menahun yang berulang sebagai akibat dari kerusakan Pankreas yang berat dan progresif, dimana kondisi ini disebabkan oleh:

- a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut,
- b. Penumpukan Kalsium yang merata di Pankreas yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan Imaging, dan
- c. Kegagalan fungsi Pankreas yang menahun dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau Penyakit Kencing Manis.

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? (tanggal/bulan/tahun)
.....

4. 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)

5. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya.

Nama	Alamat

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.
.....
.....

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 penyakit yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
.....
.....
3. Apakah terjadi kerusakan Pankreas yang berat dan progresif pada Tertanggung? Bila ya, mohon jelaskan dan lampirkan hasil pemeriksaan yang menunjang diagnosa.
.....
.....
4. Apakah penyebab kondisi Tertanggung disebabkan:

a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
b. Penumpukan Kalsium yang merata di Pankreas yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan Imaging	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
c. Kegagalan fungsi Pankreas yang menahun dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau Penyakit Kencing Manis.	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
5. Mohon lampirkan hasil Pemeriksaan dan lain-lain yang berhubungan dengan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda.

Pemeriksaan	Kesimpulan
.....
.....
.....
6. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan saat ini obat apa saja yang sedang diberikan pada Tertanggung?
.....
.....
7. Bagaimana keadaan Tertanggung saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.
.....
.....
8. Mohon berikan nama Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

Nama	Alamat
.....
.....
.....
.....
9. Menurut pendapat Anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi Penyakit yang disebutkan di halaman Pertama? Mohon penjelasannya.
.....
.....
10. 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