

**SURAT KETERANGAN DOKTER BEDAH KATUP JANTUNG**  
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

Nama : ..... No. MR .....

Umur : .....

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

1. Anamnesa : .....
2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : ..... / ..... / ..... :
3. Penyebab penyakit tsb: .....
4. Sifat:  akut  kronis
5. Katup jantung yg terganggu:  aortic  mitral  tricuspid  pulmonal
6. Hasil pemeriksaan EchoCardioGraphy (mohon lampirkan) .....
7. Hasil pemeriksaan ElectroCardioGraphy (mohon lampirkan) .....
8. Hasil pemeriksaan fisik: .....
9. Hasil pemeriksaan XRay/ cardiac MRI/ kateterisasi/ radiologis lainnya (mohon lampirkan): .....
10. Apakah dilakukan operasi/ prosedur pembedahan?  Tidak  Ya, terjadi tanggal ..... / ..... / .....  
Jika Ya, yaitu operasi: (mohon lampirkan copy resume operasi & hasil tindakan.)  
 Median sternotomy  Valvotomy  Percutaneous balloon valvuloplasty tanpa protesa/ katup baru  
 Percutaneous balloon valvuloplasty dengan protesa  Prosedur endovascular yang lain, yaitu .....
- lainnya .....
11. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium darah, dll) mohon lampirkan: .....
12. Prognosis: .....
13. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol): .....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/ pemeriksaan penunjang, & hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

.....  
(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan