

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Defisit lainnya:

<input type="checkbox"/> Masalah berbicara	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Masalah kunyah/ telan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Athetosis	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Lainnya					

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy) / / , berlangsung dlm kurun:

< 14 hari 14 hari – 29 hari 30 hari – 41 hari => 42 hari

8. Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya:	Lainnya:

Lower Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya:	Lainnya:

9. Adakah dampak yang menetap/ permanen sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien? Ya Tidak, sampai kapan?

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti:

Dapat	Tidak	
		Mandi
		Melakukan BAB dan BAK
		Berjalan
		Bekerja (dalam/ luar) rumah *coret yg tak perlu

Dapat	Tidak	
		Berpakaian
		Mengendalikan BAB dan BAK
		Makan dan Minum

Dan/atau gejala klinis yang lain yang perlu disampaikan:

.....

.....

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy) / / s/d / /

10. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, **pertama kali** pada tanggal (dd/mm/yy) / / , sbb:

.....

.....

11. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, **terbaru/saat ini** pada tanggal (dd/mm/yy) / / , sbb:

.....

.....

12. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll):

.....

.....

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

13. Pengobatan / Terapi:

.....

.....

14. 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