

**SURAT KETERANGAN DOKTER
UNTUK KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA**
(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. Apakah dilakukan operasi trakeostomi?
 Tidak
 Ya, terpasang/ berfungsi sejak tanggal (dd/mm/yy) / / , berlangsung: < 3bulan => 3 bulan

5. Apakah pasien dirawat di ICU?
 Tidak
 Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy) / / sampai tanggal / /

6. Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan (*recoverable*)?
 Tidak, sejak tanggal (dd/mm/yy) / / , berlangsung selama: < 12 bulan => 12 bulan
 Ya, dengan perawatan apa? pasang implant, yaitu
 alat bantu, yaitu
 pengobatan, yaitu
 lainnya, yaitu

Prognosis:

7. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium/ radiologis, laporan tindakan medis, dll):

.....

.....

8. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

.....

.....

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