

**SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (ANGIOPLASTY)**  
**(HARUS DIISI OLEH DOKTER YANG MENGOBATI MERAWAT PENDERITA)**

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan pasien

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

Umur : .....

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Diagnosa penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

A. Mohon disebutkan Diagnosa Penyakit : .....

B. Gejala-gejala dan tanda-tanda adanya serangan jantung. Mohon disebutkan secara rinci : .....

C. Faktor lain/penyakit lain yang berperan dalam terjadinya serangan jantung dan sejak kapan (tgl/bln/tahun) penderita menderita penyakit tersebut : .....

D. Kapan tindakan Angioplasty tersebut dilakukan (dd/mm/yy) : .....

E. Bukti tentang adanya penyumbatan pembuluh darah arteri jantung. Jika ada, sebutkan lokasi, % besarnya sumbatan yang terjadi, tindakan ballooning dan berapa stent (ring) yang digunakan. (Mohon agar dilampirkan dengan laporan hasil tindakan Angioplasty)

Pembuluh Darah Arteri Jantung	% Penyumbatan (0- 100%)	Ballooning/Stent (Ring)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

F. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan .....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang , dan test-test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

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