

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

Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai '✓' dalam kurung tersedia)

- ☐ Penyakit Kawasaki
- ☐ Progressive Scleroderma
- ☐ lainnya

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang diperlukan dalam menentukan/mendiagnosa salah satu penyakit diantara penyakit-penyakit khusus sebagaimana terlampir dalam daftar diatas pada 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. Prognosis:

.....

.....

.....

5. a. Mohon informasi apakah Skleroderma progresif pada pasien sudah bermanifestasi secara sistemik?

Mohon jelaskan secara detail manifestasi sistemik pada pasien

.....

b. Apakah diagnosis pada pasien termasuk

☐ Skleroderma local (scleroderma linier atau morfea) ☐ Eosinofilik fasciitis

☐ Sindroma CREST ☐ Lainnya,

6. a. Mohon informasi apakah penyakit Kawasaki pada pasien sudah menyebabkan komplikasi di jantung?

☐ Ya , Mohon jelaskan

☐ Tidak

b. Bila Ya, apakah sudah dilakukan tindakan pembedahan untuk kelainan/ aneurisma pembuluh darah jantung atau pembuluh darah lainnya?

tanggal (dd/mm/yy) / /

7. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan jantung/ paru/ ginjal, hasil biopsi/ serologi & laboratorium, laporan tindakan medis, dll) mohon dilampirkan:

.....

.....

.....

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

8. Pengobatan / Terapi:

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Untuk mempercepat 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