

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

2 Lembar

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 penyakit tsb masih dapat dipulihkan (jawaban ditandai 'v')?
 Ya/ reversible Tidak/ permanent lainnya:

Prognosis:

5. Apakah fungsi penglihatan dapat diperbaiki dengan pemasangan suatu alat/ implant?
 Ya Tidak
 Jika Ya, terjadi pemulihan sebagian/ total? implant apa?

6. Apakah terjadi atrofi saraf mata?
 Ya Tidak
 Jika Ya, mata sebelah mana?

7. Hasil pemeriksaan ketajaman visual (*Snellen Chart*) kedua mata **SEBELUM** koreksi:

8. Hasil pemeriksaan ketajaman visual (*Snellen Chart*) kedua mata **SESUDAH** koreksi terbaik:
 Kanan sama atau kurang dari 6/60 Kiri sama atau kurang dari 6/60
 lebih dari 6/60 lebih dari 6/60

9. Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata **SEBELUM** koreksi:

10. Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata **SESUDAH** koreksi terbaik:
 Kanan sama atau kurang dari 20° Kiri sama atau kurang dari 20°
 lebih dari 20° lebih dari 20°

11. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil tes/lab/radiologis, laporan tindakan medis, dll):

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

12. Hal lain yang perlu dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

.....
.....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laborarorium/ pemeriksaan penunjang, dan 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