

## **RAHASIA**

PT Asuransi Jiwa Sequis Life

National Service Center
Sequis Center Lt. Dasar, Jl. Jend. Sudirman Kav. 71
Jakarta Selatan 12190, Indonesia
Tel. (62-21) 2994 2929, Fax. (62-21) 5223 260
Email: care@sequislife.com

2 Lembar

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK DIABETIC RETINOPATHY

(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 :		
1. Analiniesa		
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 tindakan laser?		
Ya Tidak, alasan:		
JikaYa, terjadi pemulihan sebagian/ total?		
6. Apakah terjadi pertumbuhan pembuluh darah baru di retina?		
∐ Ya ☐ Tidak  Jika Ya, mohon sertakan hasil pemeriksaan <i>Flourescein Fundus Angiography:</i>		
Jika 1a, monori sertakan nasii pemenksaan ribareseen ranaas Angiography.		
7. Hasil pemeriksaan ketajaman visual (Snellen Chart) kedua mata <b>sebelum</b> koreksi:		
8. Hasil pemeriksaan ketajaman visual (Snellen Chart) kedua mata <b>sesudah</b> koreksi terbaik:		
Sama atau kurang dari 6/18		
Lebih dari 6/18		
9. Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata <b>sebelum</b> koreksi:		
10. Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata <b>sesudah</b> koreksi terbaik:		
Sama atau kurang dari 20 derajat		
Lebih dari 20 derajat		
11. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil tes/lab/radiologis, laporan tindakan medis, dll):		
12. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):		



## **RAHASIA**

PT Asuransi Jiwa Sequis Life

National Service Center
Sequis Center Lt. Dasar, Jl. Jend. Sudirman Kav. 71
Jakarta Selatan 12190, Indonesia
Tel. (62-21) 2994 2929, Fax. (62-21) 5223 260
Email: care@sequislife.com

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK DIABETIC RETINOPATHY

(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

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