

SURAT KETERANGAN UNTUK INFEKSI HIV

(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 infeksi HIV tsb:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> transplantasi organ | <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi asisten medis/ dental |
| <input type="checkbox"/> transfusi darah | <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi petugas ambulan |
| <input type="checkbox"/> kekerasan fisik | <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi bidan |
| <input type="checkbox"/> kekerasan seksual | <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi pemadam kebakaran |
| <input type="checkbox"/> aktivitas seksual | <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi polisi/ polwan |
| <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi dokter/drg. | <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi petugas Lembaga Permasalahan |
| <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi perawat | <input type="checkbox"/> penyalahgunaan obat melalui intravena -----> obat apa? |
| <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi pegawai laboratorium | <input type="checkbox"/> lainnya, yaitu |
| <input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi pekerja tambahan RS | |

4. Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan?

- Ya, alasan: Tidak, alasan: lainnya:

Prognosis:

5. Hasil tes antibodi HIV, tanggal (dd/mm/yy) / / : -----> mohon lampirkan hasil tes.

6. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll): -----> mohon lampirkan salinannya.

7. Pengobatan /Terapi:

8. Apakah terdapat hemophilia pada pasien?

9. Penyakit lain yang menyertai:

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan surat keterangan aparat hukum (jika kasus kekerasan) & instansi medis, 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