

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PANKREATITIS KRONIS BERULANG
(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 penyakit tsb:
4. Apakah penyakit tsb telah menyerang lebih dari 3 kali? ☐ Tidak ☐ Ya, berapa kali? Tanggal serangan (dd/mm/yy): / /
Mohon sertakan bukti medis
5. Apakah penyakit tsb menyebabkan malabsorpsi (jawaban ditandai 'v')
☐ Tidak ☐ Ya, apakah pasien butuh enzyme replacement therapy? ☐ Tidak ☐ Ya, yaitu
6. Hasil ERCP/ *Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography*, tanggal (dd/mm/yy) : / / :
7. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium (terutama amylase, lipase), XRay/ USG/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll) mohon lampirkan:
8. Pengobatan /Terapi:
9. Prognosis:
10. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

Untuk memperlancar 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