

SURAT KETERANGAN UNTUK SKOLIOSIS IDIOPATIK
(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. Prognosis:
5. Lokasi & nama operasi tulang belakang yg dilakukan tanggal (dd/mm/yy) / /
6. Kelengkungan tulang belakang berdasarkan *Cobb Angle*:
☐ $\leq 40^\circ$ ☐ $> 40^\circ$
7. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium/ XRay/ radiologis lainnya, laporan operasi/ tindakan medis, dll):
8. Pengobatan /Terapi:
9. 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