

**SURAT KETERANGAN UNTUK PENYAKIT KRITIS**

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

Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai '✓' dalam kurung tersedia)

- ☐ Kehilangan 1 Anggota Gerak  
☐ Kehilangan 1 Anggota Gerak & Kebutaan 1 Mata  
☐ Kehilangan 2 atau lebih Anggota Gerak  
☐ Diabetic Amputation  
☐ lainnya .....

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 kehilangan anggota gerak dan/ atau kebutaan tsb:

- ☐ sakit/ illness, yaitu .....  
☐ amputasi diabetik, pada (anggota gerak yg mana?) .....  
☐ cedera/ injury .....  
☐ lainnya .....

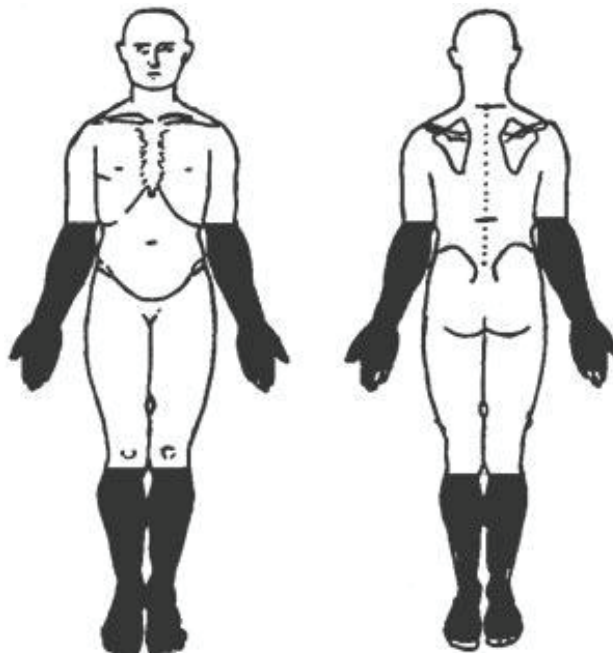
4. Prognosis:

**SKEMA ANATOMI dari KEHILANGAN ANGGOTA GERAK**

Kehilangan yang terjadi:

- ☐ 1 anggota gerak -----> sisi ..... , pada perbatasan bagian tubuh  
☐ >1 anggota gerak -----> mohon detail sisi mana & perbatasan bagian tubuh mana: .....

Mohon tandai/ lingkari bagian tubuh mana yang hilang dengan perbatasan jelas.



**SURAT KETERANGAN UNTUK PENYAKIT KRITIS**  
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

5. Jika mengalami kebutaan -----> Hasil pemeriksaan ketajaman visual (Snellen Chart) kedua mata {yang buta= sisi..... }:

6. Jika mengalami kebutaan -----> Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata:

7. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil XRay/ radiologis/ laboratorium, laporan tindakan medis, dll):  
*Mohon disertakan lampiran salinannya.*

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