

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS
(UNTUK PENYAKIT KRITIS PADA PEMBEDAHAN PEMBULUH NADI KORONER)
(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 :

Tindakan medis atas penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

a. Hasil pemeriksaan Angiografi Koroner / Katerisasi jantung:

b. Pembedahan yang dilakukan, dengan cara :

☐ prosedur intraarterial/ teknik berbasis kateter/ angioplasty ☐ prosedur 'keyhole' ☐ prosedur laser ☐ lainnya

c. Kapan penegakkan diagnosa dibuat dan kapan tindakan tersebut dilakukan:

d. Sebutkan pembuluh-pembuluh darah koroner apa saja yang harus dilakukan pencangkakan pembuluh darah (by pass grafting = CABG)

d.1

d.2

d.3

e. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis/operasi, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang , dan test-test yang mendukung dilakukannya tindakan medis tersebut 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