

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

2 Lembar

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Hipertensi Pulmonal Primer | ☐ Eisenmerger's Syndrome |
| ☐ Hipertensi Pulmonal Sekunder | ☐ lainnya |
| ☐ Kardiomiopati | |

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang diperlukan dalam menentukan/mendiagnosa salah satu penyakit diantara penyakit-penyakit khusus sebagaimana terlampir dalam daftar diatas pada 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. Klasifikasi gejala/ simptom berdasarkan NYHA/ New York Heart Association termasuk:

- ☐ Class I ☐ Class II ☐ Class III ☐ Class IV

5. Apakah gejala tersebut menetap/ permanen?

- ☐ Tidak, alasan
- ☐ Ya, alasan

Prognosis:

.....

.....

6. Apakah ada pembesaran ventrikel kanan?

- ☐ Tidak ☐ Ya (mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut)

7. Hasil pemeriksaan fisik:

.....

.....

8. Tekanan arteri pulmonal:

- ☐ <21mmHg
- ☐ 21-24 mmHg
- ☐ 25-30 mmHg
- ☐ > 30 mmHg, sejak tanggal (dd/mm/yy) / / --> berlangsung: ☐ < 6 bulan
- ☐ =/> 6 bulan

(mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut)

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

9. Hasil pemeriksaan EchoCardioGraphy, tanggal (dd/mm/yy) / / :

.....
.....

10. Intrepretasi hasil pemeriksaan ElectroCardioGraphy, tanggal (dd/mm/yy) / / :

.....
.....

11. Hasil pemeriksaan dengan kateterisasi/ Angiografi, tanggal (dd/mm/yy) / / :

.....
.....

12. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, tes enzim jantung/ laboratorium lainnya, hasil pemeriksaan X-Ray/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll):

.....
.....

13. Pengobatan / Terapi:

.....
.....

14. 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