

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
(KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (PENCANGKOKAN BESAR ORGAN TUBUH))**

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan tindakan medis tersebut pada pasien

Nama	:		No. MR	
Umur	:			
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan	:			
Alamat	:			

Diagnosa penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Organ yang memerlukan pencangkokan:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b. Sebab terjadinya kerusakan organ sehingga perlu dilakukan operasi pencangkokan organ tersebut:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c. Tindakan pembedahan yang dilakukan dan kapan dilaksanakannya:
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- d. 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, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan hasil-hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas

Tempat & tanggal dibuat, \_\_\_\_\_  
Dokter yang merawat,

( \_\_\_\_\_ )  
*nama jelas, tandatangan & cap stempel*

*Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT AJ Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan*