

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KEHILANGAN PENDENGARAN

**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	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan	:	_____		
Alamat	:	_____		

*{jika tak muat, dapat tulis di halaman baliknya}*

- Anamnesa:
- Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Penyebab penyakit tsb:
- Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan (*recoverable*)?  
 Tidak, sejak tanggal (dd/mm/yy) ...../...../....., berlangsung selama sampai...../...../.....  
 Ya, dengan perawatan apa?       pasang implant, yaitu.....  
 alat bantu, yaitu.....  
 pengobatan, yaitu.....  
 lainnya, yaitu.....  
 Apakah pemulihan terjadi parsial/ total?

Prognosis:

- Hasil pemeriksaan ambang batas pendengaran kedua telinga (*mohon sertakan bukti hasil pemeriksaan*):
- Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil tes/lab/radiologis, laporan tindakan medis, dll):
- 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.

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*