

**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