

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK SKOLIOSIS IDIOPATIK

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	:	_____		

- Anamnesa:
- Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Penyebab penyakit tsb:
- Prognosis:
- Lokasi & nama operasi tulang belakang yg dilakukan tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Kelengkungan tulang belakang berdasarkan *Cobb Angle* (jawaban ditandai 'v'):
 - [] =/ $< 40^{\circ}$
 - [] $> 40^{\circ}$
- Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium/ XRay/ radiologis lainnya, laporan operasi/ tindakan medis, dll):
- Pengobatan /Terapi :
- 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