

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA

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	:		

1. Anamnesa:

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:

3. Penyebab penyakit tsb:

4. Apakah dilakukan operasi trakeostomi (*jawaban ditandai 'v'*)?
5. Tidak
 Ya, terpasang/ berfungsi sejak tanggal (dd/mm/yy)/...../....., berlangsung: < 3bulan
 => 3 bulan
5. Apakah pasien dirawat di ICU?
6. Tidak
 Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy)/...../.....sampai tanggal...../...../.....
7. Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan (*recoverable*)?
 Tidak, sejak tanggal (dd/mm/yy)/...../....., berlangsung selama: < 12 bulan
 => 12 bulan
 Ya, dengan perawatan apa? pasang implant, yaitu.....
 alat bantu, yaitu.....
 pengobatan, yaitu.....
 lainnya, yaitu.....
- Prognosis:

7. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium/ radiologis, laporan tindakan medis, dll):

8. 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*