

SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK KLAIM SEQUIS LADY PROTECTION RIDER PENYAKIT KANKER

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

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan penyakit di atas pada pasien :

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

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

- a. Jenis/diagnosa kanker yang diderita : _____
Tanggal diagnosa : ____/____/____ dd/mm/yyyy
Stadium : T ____ N ____ M ____
Lokasinya : _____
Bagaimana Klasifikasinya ? _____
Apakah telah meluas ke kelenjar getah bening dan telah terjadi anak sebar /metastase ? _____

- b. Apakah penyakit yang diderita termasuk di bawah ini ?
Mohon berikan tanda centang (\checkmark) pada pilihan berikut :

- Stadium CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia)
- Tumor yang belum dikategorikan ganas
- Kanker yang belum menyebar (kanker in-situ)
- Tumor ganas sebagai akibat terdapatnya Human Immunodeficiency Virus
- Lain-lain _____

- c. Hasil Patologi Anatomi (makroskopik dan mikroskopik)

- d. Kapan pertama kali gejala penyakit tersebut dirasakan ?

- e. Tindakan / pembedahan yang telah dilakukan dan kapan dilaksanakannya ?

f. Selain tindakan pembedahan, apakah diperlukan terapi lain ? Ya Tidak
Bila Ya, mohon disebutkan jenis terapi tersebut ?

g. Bagaimana prognosa dan harapan hidup dari pasien

h. Apakah pasien merupakan rujukan dari dokter atau rumah sakit lain ? Ya Tidak

Jika Ya, nama dokter : _____ rumah sakit _____

i. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis, hasil pemeriksaan patologi anatomi, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya 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