

**SURAT KETERANGAN DOKTER
ANEMIA APLASTIS**

RAHASIA

No. Polis - Kode Cabang : -

Nama Pasien /
Tertanggung :

Tanggal Lahir : - - tgl-bln-thn

No. Registrasi /
Catatan Medis :

No. KTP/SIM :

Pekerjaan :

Alamat :

Kota : Kode Pos :

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia atas kejadian-kejadian tertentu yang berkaitan dengan kesehatannya. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit yang tertera di atas dan, agar kami dapat menilail keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama anda untuk melengkapi formulir ini.
Untuk memastikan keabsahan klaim, Definisi Penyakit berikut ini harus dipenuhi.

Anemia Aplastis :
Gagal berfungsinya sumsum tulang yang kronis dan persisten yang mengakibatkan anemia, neutropenia, dan thrombositopenia yang memerlukan sedikitnya salah satu perawatan di bawah ini :
a. transfusi produk darah
b. obat penstimulasi sumsum tulang
c. obat immunosupresif
d. transplantasi sumsum tulang

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat Tertanggung. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.

A. UMUM

- Apakah anda dokter langganan Tertanggung tersebut diatas? Ya Tidak
Jika "ya", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi Tertanggung? - -
- Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?

3. Menurut Tertanggung sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan.

--

4. Berapa lama gejala tersebut menurut anda terakhir dirasakan ? Mohon jelaskan alasannya.

--

5. Dari **ANAMNESIS** anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ?
Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita Tertanggung.

Jenis Penyakit / Keluhan	Sejak kapan menurut ANAMNESIS anda

6. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya.

N a m a	A l a m a t

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan Obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

--

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci.

2. Bagaimanakah kadar (HB) hemoglobin, jumlah sel darah merah, jumlah sel darah putih dan jumlah trombosit ?

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan, mohon lampirkan foto copynya.

4. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (CT Scan, atau MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

5. Apakah pernah dilakukan pengobatan berupa :

- a. transfusi produk darah
- b. obat penstimulasi sumsum tulang
- c. obat immunosupresif
- d. transplantasi sumsum tulang

YA

TIDAK

