

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
PENYAKIT MUSCULAR DYSTROPHY - POLIOMYELITIS**

**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 menilai keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama anda untuk melengkapi formulir ini.

**Untuk memastikan keabsahan klaim, Definisi Penyakit berikut ini harus dipenuhi.**

**Muscular Dystrophy**

Kumpulan dari penyakit degenerasi otot herediter yang menyebabkan kelemahan/ atrofi dari otot. Bukti diagnosa tersebut harus berdasarkan atas penilaian ketidakmampuan Tertanggung untuk melakukan aktivitas sehari-hari dengan/ tanpa bantuan, minimal 3 atau lebih kegiatan berikut : mandi, berpakaian, menyuap, buang air dan beralih tempat dan telah berlangsung paling sedikit selama 6 bulan

**Poliomyelitis**

Penyakit yang disebabkan oleh virus polio dimana terjadi kelumpuhan dari otot anggota gerak/ otot pernafasan yang mengakibatkan Tertanggung tidak dapat melakukan 3 atau lebih aktifitas hidup sehari- hari selama minimal 3 bulan.

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

**A. UMUM**

1. Apakah anda dokter langganan Tertanggung tersebut diatas?  Ya  Tidak

Jika "ya", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi Tertanggung ?  -  -

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul ?

3. 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 <b>ANAMNESIS</b> anda

4. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

--

5. 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

6. 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 dan kapan diagnosa itu dibuat.

--

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

3. Apakah ada gangguan pada alat pancaindra, cairan cerebrospinal atau gangguan ketegangan gerakan otot yang tidak normal ?, Jika Ya, Mohon jelaskan secara rinci

4. Mohon jelaskan meliputi otot-otot mana yang terkena.

5. Apakah diagnosa anda telah ditegaskan dengan :

a. Electromyogram ?    Ya                          Tidak      
b. Biopsy otot ?        Ya                          Tidak   

6. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan neurologi, hasil electromyogram, biopsy otot, hasil laboratorium dan lain-lain yang berhubungan dengan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?

8. Bagaimana keadaan Tertanggung saat ini, dan bagaimana prognosisnya ?, mohon jelaskan secara rinci.

