

**SURAT KETERANGAN DOKTER
PANKREATITIS MENAHUN YANG BERULANG**

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.

Pankreatitis Menahun Yang Berulang

Pankreatitis menahun yang berulang sebagai akibat dari kerusakan pankreas yang berat dan progresif, dimana kondisi ini disebabkan :

- a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut;
- b. Penumpukan kalsium yang merata di pankreas yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan imaging; dan
- c. Kegagalan fungsi pankreas yang menahun dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau penyakit kencing manis

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 ANAMNESIS 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 sudah terjadi kerusakan pankreas yang berat dan progresif pada Tertanggung ? Bila "Ya", Mohon jelaskan dan lampirkan hasil pemeriksaan yang menunjang diagnosa.

4. Apakah penyebab kondisi Tertanggung di sebabkan :
- a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut; Ya Tidak
 - b. Penumpukan kalsium yang merata di pankreas yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan imaging; dan Ya Tidak
 - c. Kegagalan fungsi pankreas yang menahun dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau penyakit kencing manis Ya Tidak

5. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan dan lain-lain yang berhubungan dengan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

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

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

8. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

| N a m a | A l a m a t |
|---------|-------------|
| | |

9. Menurut pendapat anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi penyakit yang disebutkan pada halaman pertama ?

10. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.

Saya menyatakan bahwa saya pribadi yang merawat penderita tersebut di atas dan bahwa semua keterangan tentang pasien dalam pernyataan ini adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini pada saat ini.

Nama Dokter :

Alamat Dokter : _____

Kode Pos :
Postal Code

Telpon :

Tanggal - -

Tanda tangan dan stempel dokter

Catatan :