

**SURAT KETERANGAN DOKTER
RHEUMATOID ARTRITIS BERAT**

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.

Rheumatoid arthritis berat
Rheumatoid arthritis kronis sebagai akibat gangguan autoimun yang didiagnosa oleh dokter ahli Rheumatology dan Immunology. Karakteristik dari penyakit ini adalah harus memenuhi SEMUA kriteria :

- Berdasarkan diagnosa dari American College of Rheumatology, dan
- Kerusakan dan kelainan bentuk paling sedikit 3 (tiga) dari sendi-sendi berikut ini : sendi tangan interphalangeal, sendi pergelangan tangan, siku, lutut, persendian pinggul, pergelangan kaki, tulang leher atau sendi kaki interphalangeal. Semua gejala yang timbul harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan klinis dan studi Imaging yang memperlihatkan adanya perubahan tersebut, dan
- Ketidakkampuan fisik menyebabkan ketidakmampuan melakukan 3 (tiga) dari 5 (lima) aktifitas hidup sehari-hari tanpa bantuan orang lain secara terus menerus selama periode minimal 6 (enam) bulan.

A. UMUM

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

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

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 berdasarkan kriteria American College of Rheumatology dan kapan diagnosa itu dibuat.

--

2. Mohon jelaskan kerusakan dan kelainan bentuk dari sendi - sendi Tertanggung (paling sedikit 3 sendi) beserta hasil pemeriksaan yang menunjang kondisi tersebut.

--

3. Apakah penyakit ini pada Tertanggung merupakan gangguan auto imun ? Jika Ya, Mohon jelaskan secara rinci

--

4. Dari kegiatan sehari-hari ini, mana yang sudah tidak mampu dilakukan oleh Tertanggung : mandi, berpakaian, menggunakan kamar kecil, makan dan kemampuan untuk naik atau turun tempat tidur atau kursi (beralih tempat) ? Ketidakmampuan ini sudah berlangsung sejak ?

--

