



3. Menurut Tertanggung sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan

--

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

--

5. Dari **ANAMNESA** 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>ANAMNESA</b> 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 Lupus Eritematosus Sistemik anda secara rinci, dan kapan diagnosa tersebut dibuat.

2. Apakah penyakit ini pada Tertanggung merupakan penyakit auto imun yang multisistemik ? Mohon jelaskan.

3. Apakah penyakit ini telah ditandai dengan peningkatan auto-antibodi yang menyerang berbagai antigen tubuh ? Mohon jelaskan.

4. Sebutkan jenis Lupus Eritematosus Sistemik, dan terletak dibagian organ tubuh yang mana yang terkena?

5. Jelaskan hasil Biopsy yang telah dilakukan, mohon lampirkan foto copinya.

6 Apa faktor pencetus timbulnya Lupus Eritematosus Sistemik pada Tertanggung ? Apakah karena obat (drug induced) ?

7 Pada Tertanggung, masuk dalam klasifikasi WHO Lupus Nefritis Class berapakah ? Mohon jelaskan

8 Mohon gambarkan keadaan ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi WHO yang tepat.

9 Apakah ada gejala Lupus di bagian tubuh yang lain ?

10 Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

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

12 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

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

14 Jika ada, mohon berikan informasi tentang Lupus Eritematosus Sistemik 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 :