

## Surat Keterangan Dokter Penyakit Gagal Ginjal

Rahasia

Kepada Yth. Dokter yang merawat,  
Sehubungan dengan pengajuan Klaim Penyakit Kritis oleh Tertanggung dari PT FWD Insurance Indonesia di bawah ini, mohon untuk dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini. Jika tidak mencukupi, jawaban dapat ditulis di balik Formulir atau dilampirkan di sehelai kertas tambahan.

Nama Pasien : ..... Tanggal lahir : .....  
No. Rekam Medis : ..... Jenis kelamin : L/P

1. Mohon penjelasan mengenai diagnosa atas kondisi medis yang diderita pasien dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.  
Diagnosa : ..... Ditegakkan pada : ..... (tgl/bln/thn)
2. Mohon jelaskan secara rinci gejala penyakit yang diderita pasien dan sejak kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.  
.....  
.....  
.....
3. Mohon informasikan bagian organ ginjal yang mengalami kegagalan fungsi. *(pilih kondisi yang sesuai)*
  - Ginjal kiri
  - Ginjal kanan
  - Kedua ginjal
4. Apakah gagal ginjal yang diderita pasien sudah pada tahap akhir (terminal)?
  - Ya
  - Tidak, mohon penjelasan .....
5. Apakah gagal ginjal yang diderita pasien dapat dipulihkan kembali?
  - Ya
  - Tidak, mohon penjelasan .....
6. Apakah pasien sudah diharuskan menjalani hemodialisis secara permanen?
  - Ya, hemodialisis dilakukan sejak ..... (tgl/bln/thn)
  - Tidak, mohon penjelasan .....
7. Apakah pasien sudah diharuskan menjalani transplantasi ginjal?
  - Ya, transplantasi ginjal dilakukan pada ..... (tgl/bln/thn) di rumah sakit .....
  - Tidak, mohon penjelasan .....
8. Mohon penjelasan mengenai hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung untuk ditegakkannya diagnosa gagal ginjal.  
.....  
.....  
.....  
.....
9. Apakah kondisi penyakit yang diderita pasien berhubungan kondisi berikut? *(pilih kondisi yang sesuai)*
  - a. HIV/AIDS  Ya  Tidak
  - b. Penyalahgunaan minuman beralkohol dan keracunan nikotin  Ya  Tidak
  - c. Penyalahgunaan obat terlarang  Ya  Tidak
  - d. Penyakit, cacat, atau kelainan bawaan sejak lahir  Ya  Tidak

10. Mohon diinformasikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi pasien sebelumnya atau rujukan untuk perawatan pasien selanjutnya

Nama Dokter/Rumah Sakit

Alamat

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Saya menyatakan bahwa semua keterangan tentang Pasien dalam Pernyataan ini adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini pada saat ini.

Nama Dokter : .....

Alamat Dokter : .....

No Telepon : .....

Tempat & Tanggal,

.....

Tandatangan dan Stempel Dokter