SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Penyakit Kritis

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien

Nama Pasien : _____ No. Pasien / Rekam Medis : _____

Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ / atau _____tahun, Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Alamat Pasien : _____

Tanggal Perawatan Anamnesa : Riwayat Penyakit Dahulu Anamnesa : Riwayat Penyakit Sekarang	Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn): _____ _____ _____
Tanggal pertama kali gejala/ keluhan diketahui oleh pasien Tanggal pertama kali konsultasi Nama / alamat dokter yang memeriksa	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun) _____
Hasil Pemeriksaan fisik Jenis serta hasil Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Lab, Rontgen, USG, CT Scan, dll)	Tensi : _____ Nadi :_____ Suhu : _____ Pernafasan : _____ Kesadaran : _____ _____
Diagnosa atau dugaan Diagnosa *) Tanggal pertama kali Diagnosa ditegakkan Terapi/ tindakan yang dilakukan *) Apakah Diagnosa di atas Berhubungan dengan Kelainan Bawaan ? Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ? Merupakan komplikasi dari penyakit lain ? Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?	_____ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun) _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____ ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____ ☐ YA ☐ TIDAK Jika YA, diderita sejak : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal/ bulan/ tahun)
Mohon jelaskan kondisi pasien saat ini**	_____ _____
Keterangan lain mengenai kesehatan pasien**	_____ _____

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca,mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____ Spesialisasi : _____

Alamat Dokter / RS : _____ No. Telepon / HP : _____

Tempat & Tanggal	Tandatangan Dokter	Cap Rumah Sakit

**Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

PT. AXA Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id