

**RAHASIA MEDIS****SURAT KETERANGAN DOKTER  
PENYAKIT KRITIS GAGAL GINJAL DAN PENGANGKATAN GINJAL**

Nama Pasien :  
Nomor Rekam Medis :  
Tanggal Lahir :  
Alamat :

**Mohon diisi dengan huruf cetak dan informasi berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien**

1. Kapan pertama kali Pasien berobat ke Dokter? \_\_\_\_\_
2. Diagnosis Penyakit pada saat perawatan: \_\_\_\_\_
3. Apakah kondisi yang dialami Pasien merupakan Gagal Ginjal tahap akhir?  Ya  Tidak
4. Apakah kegagalan fungsi ginjal sudah terjadi menahun dan tidak dapat disembuhkan?  
 Ya  Tidak  
( ) Ya, terjadi pada salah satu ginjal  
( ) Ya, terjadi pada kedua ginjal  
( ) Tidak
5. Apakah sudah dilakukan pemeriksaan USG/CT-Scan Abdomen pada Pasien?  Ya  Tidak  
Jika "Ya" mohon lengkapil informasi di bawah ini dan lampirkan hasil pemeriksaan  
a. USG Abdomen :  
b. CT-Scan Abdomen :  
c. Lainnya :
6. Apakah Pasien memerlukan tindakan *hemodialysis*/cuci darah secara teratur?  
( ) Ya, tetapi belum dilakukan  
( ) Ya, sejak tanggal: \_\_\_ bulan: \_\_\_ tahun: \_\_\_ , frekuensi: \_\_\_ kali/minggu  
( ) Tidak
7. Apakah Pasien memerlukan tindakan *transplantasi* ginjal?  
( ) Ya, tetapi belum dilakukan  
( ) Ya, sudah dilakukan tindakan tanggal: \_\_\_ bulan: \_\_\_ tahun: \_\_\_  
( ) Tidak

8. Apakah Pasien memerlukan tindakan pengangkatan salah satu ginjal?
- ( ) Ya, tetapi belum dilakukan  
( ) Ya, sudah dilakukan tindakan tanggal: \_\_\_ bulan: \_\_\_ tahun: \_\_\_  
( ) Tidak
- 

Demikian semua keterangan yang Saya buat di atas adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

( )

*Surat ASLI atas jawaban pertanyaan bersifat RAHASIA, HANYA diberikan kepada bagian CLAIM PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau orang yang telah ditunjuk dalam surat kuasa/surat penugasan*