



PT Chubb Life Insurance Indonesia

Head Office
Chubb Square, Lantai 6
Jl. M.H. Thamrin No. 10
Jakarta 10230
Indonesia

Chubb Life Care
Plaza Setia Budi
Gedung Setiabudi Atrium, Lantai 8
Jl. H.R. Rasuna Said
Kav. 62, Kuningan
Jakarta Selatan 12920

Telepon : 021 2356 8888
Hotline : 14087
WA : 0815 848 14087
Email : ChubbCare.ID@chubb.com
Website : www.chubb.com/id

RAHASIA MEDIS

SURAT KETERANGAN DOKTER PENYAKIT KRITIS STROKE DAN PEMBULUH DARAH OTAK

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 terjadi salah satu kejadian *cerebrovascular* di bawah ini?
 Infark Jaringan Otak
 Perdarahan Otak atau Selaput Otak Bawah (*Subarachnoid*)
 Embolisme Otak
 Trombosis Otak
 Transient Ischemic Attack
 Reversible Ischemic Neural disease
 Bukan salah satu di atas, sebutkan _____
4. Bagian tubuh mana yang mengalami kerusakan saraf/defisit neurologis?
(Diperiksa oleh Dokter, tanggal: _____ bulan: _____ tahun: _____)
 - a. Mata Kanan Kiri Visus: _____ / _____
 - b. Wajah Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - c. Tubuh Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - d. Lengan Atas Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - e. Lengan Bawah Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - f. Telapak Tangan Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - g. Tungkai Atas Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - h. Tungkai Bawah Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
 - i. Telapak Kaki Kanan Kiri Motorik: _____ / _____
5. Apakah kerusakan saraf/defisit neurologis yang dialami Pasien saat ini, sifatnya permanen atau menetap?
 Ya, sejak tanggal: _____ bulan: _____ tahun: _____
 Belum bisa ditentukan, masih dalam evaluasi
 Tidak
6. Apakah sudah dilakukan pemeriksaan CT-Scan atau MRI Kepala pada Pasien? Ya Tidak
Jika "Ya" mohon lengkapil informasi di bawah ini dan lampirkan hasil pemeriksaan
 - a. CT-Scan Kepala : _____
 - b. MRI Kepala : _____
 - c. Lainnya : _____

7. Apakah terjadi koma pada Pasien dan membutuhkan ventilator/respirator sebagai alat penunjang kehidupan?
 Ya, berlangsung lebih dari 48 jam
 Ya, berlangsung lebih dari 96 jam
 Tidak
 8. Apakah Pasien menjalani Pembedahan untuk pemasangan *ventricle shunt* di otak?
 Ya
 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 perugasannya