

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, 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 lengkapi 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