SURAT KETERANGAN DOKTER

- ✓ Diisi oleh dokter yang merawat/mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak
- ✓ Beri tanda "√" yang sesuai dengan kondisi penyakit :

☐ Kanker/Cancer
☐ Tumor Jinak Otak/*Benign Brain Tumor*

INFORMASI UMUM

1. Nama Pasien/Tertanggung : _____
2. Tanggal Lahir : _____ No. Rekam Medis : _____
3. Kapan pertama kali Pasen berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? ___ (tgl), ___ (bln), _____(thn)
4. Mohon sebutkan diagnosanya:

   _____

   _____

5. Kapan diagnosa penyakit ini ditegakkan? ___ (tgl), ___ (bln), _____(thn)
6. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

   _____

   _____

7. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? ___ (tgl), ___ (bln), _____(thn)
8. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

   _____

   _____

9. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

10. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:
    ☐ Cacat Bawaan
    ☐ Penyalahgunaan Alkool
    ☐ Merokok
    ☐ *Human Immunodeficiency Virus*
11. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

    _____

    _____

12. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelumnya:

    _____

    _____

13. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit Berhubungan

PT Asuransi Simas Jiwa
Gedung Simas Jiwa
Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350
Call Center: (021) 2854 7999 • **www.simasjiwa.co.id**

dengan keadaan/penyakit Pasien:

_____

_____

14. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

15. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

16. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

17. Apakah ada *history* Kanker atau Tumor dalam keluarga? ☐ Ya ☐ Tidak
18. Jika ada, apa diagnosisnya?

_____

RINCIAN MEDIS

19. Untuk Kanker: Apakah termasuk Kanker In Situ? ☐ Ya ☐ Tidak
20. Mohon jelaskan TNM Staging-nya:
    a. Apakah lokasi kanker tersebut hanya 1 bagian? ☐ Ya ☐ Tidak
    b. Apakah invasi terjadi pada organ lain? ☐ Ya ☐ Tidak
    c. Apakah ada invasi ke kelenjar getah bening? ☐ Ya ☐ Tidak
    d. Apakah terjadi *Metastase*? ☐ Ya ☐ Tidak

    Jika sudah *Mestastase*, sudah ke organ mana? _____
21. Mohon diberi tanda jika kelainnya berupa:

☐ *Cyst* ☐ *Haematoma* ☐ *Angioma* ☐ Tumor Kelenjar *Pituitary*

☐ *Granuloma* ☐ Pengapuran ☐ Malformasi Dalam ☐ Tumor Sumsum Tulang Belakang

☐ *Abcess* ☐ *Meningioma* ☐ *Neuroma Akustik*

PT Asuransi Simas Jiwa
Gedung Simas Jiwa
Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350
Call Center: (021) 2854 7999 • **www.simasjiwa.co.id**

22. Apakah diagnosis ini dikategorikan sebagai Leukimia?
23. Jika “Ya”, mohon jelaskan stadium dan jenis Leukimia:

_____

24. Jika termasuk *Melanocarcinoma*, tolong jelaskan ukuran kalsifikasi breslow atau invasi dari *melanoma*:

_____

25. Metode pengobatan apa yang dilakukan untuk diagnosa diatas? (operasi, kemoterapi, radiotherapy atau yang lain)

_____

26. Apakah operasi telah dilakukan? ☐ Ya ☐ Tidak
27. Jika “Ya”, mohon beri tanda:

☐ Pengangkatan tumor jinak ☐ Pembedahan Radikal ☐ Pengangkatan *Burr Hole*

☐ Tindakan lainnya, jelaskan:

_____

28. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini:

_____

_____

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

29. Tanggal Masuk : ___ (tgl), ___ (bln), _____(thn), Jam: ___ : ___
30. Tanggal Keluar : ___ (tgl), ___ (bln), _____(thn), Jam: ___ : ___

PERNYATAAN DOKTER

Saya Dokter yang merawat pasien tersebut, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter serta Stempel RS

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

PT Asuransi Simas Jiwa
Gedung Simas Jiwa
Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350
Call Center: (021) 2854 7999 • **www.simasjiwa.co.id**