



Manulife

No. 4598/MI/CLM/IX/2021

**Kepada,
Dokter Yang Terhormat,**

UP: Bagian Rekam Medis

Hal : **Bantuan Keterangan Pasien a.n KRISTIANTO**

Dokter yang terhormat,

Guna melengkapi dokumen-dokumen klaim yang tel dengan adanya informasi perawatan Nasabah/Klien sebagai berikut :

Nama : KRISTIANTO
Alamat : NGAGEL MULYO 8 NO 38 RT 007 RW 004
KEL NGAGELREJO KEC WONOKROMO
SURABAYA 60244
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tanggal Lahir/ Usia : 24 Desember 1967 / 53 Tahun

Kami mengharapkan bantuan **Dokter** untuk memberikan keterangan atas beberapa hal seperti formulir terlampir.

Untuk kelengkapan persyaratan dalam permintaan keterangan tersebut, bersama ini kami lampirkan Surat Kuasa yang bersangkutan.

Atas bantuan dan kerjasama **Dokter**, sangat kami hargai dan kami ucapkan banyak terima kasih.

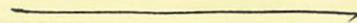
Jakarta, 09 September 2021

Hormat kami,
PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia,

Dr. Johanis Sebastian Edwin
Head Of Claim

DI # 4295354593

Berdasarkan pencarian data pasien, Nama yg tidak didapatkan



INTERNAL

Berdasarkan pencarian
data pasien, Nama YB -
tidak didapatkan

No. 4598/MI/CLM/IX/2021

**Kepada,
Dokter Yang Terhormat,**

UP: Bagian Rekam Medis

Hal : **Bantuan Keterangan Pasien a.n KRISTIANTO**

Dokter yang terhormat,

Guna melengkapi dokumen-dokumen klaim yang telah disampaikan kepada kami dan sehubungan dengan adanya informasi perawatan Nasabah/Klien kami pada Rumah Sakit ini atas nama pasien sebagai berikut :

Nama : KRISTIANTO
Alamat : NGAGEL MULYO 8 NO 38 RT 007 RW 004
KEL NGAGELREJO KEC WONOKROMO
SURABAYA 60244
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tanggal Lahir/ Usia : 24 Desember 1967 / 53 Tahun

Kami mengharapkan bantuan **Dokter** untuk memberikan keterangan atas beberapa hal seperti formulir terlampir.

Untuk kelengkapan persyaratan dalam permintaan keterangan tersebut, bersama ini kami lampirkan Surat Kuasa yang bersangkutan.

Atas bantuan dan kerjasama **Dokter**, sangat kami hargai dan kami ucapkan banyak terima kasih.

Jakarta, 09 September 2021

Hormat kami,
PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia,



Dr. Johanis Sebastian Edwin
Head Of Claim

DI # 4295354593

INTERNAL

SURAT KETERANGAN DOKTER

Nama : KRISTIANTO
Alamat : NGAGEL MULYO 8 NO 38 RT 007 RW 004
KEL NGAGELREJO KEC WONOKROMO
SURABAYA 60244
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tanggal Lahir/ Usia : 24 Desember 1967 / 53 Tahun

1. Berdasarkan data medis yang ada, mohon disebutkan tanggal konsultasi / perawatan pasien a/n **KRISTIANTO** berikut diagnosa dan terapinya sejak pertama kali hingga terakhir kali.

Rawat Jalan (semua riwayat perawatan yang ada di Rumah Sakit)

No. Rekam Medik	Tanggal Konsultasi	Anamnesa	Diagnosa	Therapy

Note : Bila kolom ini tidak cukup, mohon diisi di lembar yang kosong.

DI # 4295354593

INTERNAL

Rawat Inap (semua riwayat perawatan yang ada di Rumah Sakit)

No. Rekam Medik	Tgl. Perawatan	Anamnesa	Diagnosa	Therapy

Note : Bila kolom ini tidak cukup, mohon diisi di lembar yang kosong.

2. Kapan pertama kali pasien a/n **KRISTIANTO** konsultasi di rumah sakit ini? Mohon disebutkan diagnosa beserta hasil pemeriksaan pendukung saat itu.

- - Tgl-bln-Thn

Diagnosa : _____

Hasil-hasil pemeriksaan pendukung (dapat dilampirkan):

DI # 4295354593

INTERNAL

3. Sejak kapan pertama kali pasien a/n **KRISTIANTO** di diagnosa penyakit tersebut di atas?
□□ - □□ - □□□□ Tgl-blh-thn

Apakah Underlying penyakit tersebut di atas?

Mohon disebutkan tanggal Underlying disease tersebut diketahui.

□□ - □□ - □□□□ Tgl-blh-thn

4. Mohon bantuan informasi Dokter, apakah pasien a/n **KRISTIANTO** mempunyai riwayat penyakit:

a. Diabetes

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: □□ - □□ - □□□□ Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita **Diabetes**

□□ - □□ - □□□□ Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnosa di atas:

b. Stroke

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: □□ - □□ - □□□□ Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita **Stroke**

□□ - □□ - □□□□ Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnosa di atas:

c. Hipertensi

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: □□ - □□ - □□□□ Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita **Hipertensi**

□□ - □□ - □□□□ Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnosa di atas:

DI # 4295354593

INTERNAL

d. Paru

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: - - Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita **Paru**

- - Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnosa di atas:

e. Jantung

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: - - Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita **Jantung**

- - Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnosa di atas:

f. Ginjal

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: - - Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita **Ginjal**

- - Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnosa di atas:

g. Lainnya..... (mohon disebutkan)

Ya Tidak

Jika Ya, Tanggal pertama kali didiagnosa: - - Tgl-Bln-Thn

Kapan pertama kali pasien mengetahui menderita..... (mohon disebutkan)

- - Tgl-Bln-Thn

Underlying Disease/ Penyebab dari diagnose di atas:

DI # 4295354593

INTERNAL



Apakah pasien a/n **KRISTIANTO** merupakan pasien rujukan dari RS / puskesmas/ praktek dokter ?

Ya Tidak

Bila Ya, Mohon informasi :

Nama Dokter / RS / Puskesmas yang merujuk : _____

Alamat / tempat praktek : _____

Diagnosis rujukan : _____

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilampirkan : _____

Terapi yang sudah diberikan : _____

Dirujuk ke RS / Dokter Spesialis ? (mohon sebutkan) _____

5. Mohon bantuannya agar dapat melampirkan copy hasil pemeriksaan penunjang dan copy resume medis yang berhubungan dengan diagnosa penyakit pasien pada saat perawatan.

6. Apakah pasien a/n **KRISTIANTO** pernah didiagnosa menderita penyakit-penyakit kronis (seperti: **Asma, Penyakit Ginjal/ Penyakit Saluran Kemih, Jantung dan Pembuluh Darah, Hepatitis, Penyakit Hati, Stroke, Penyakit Paru, Tumor/ Kanker, HIV/ AIDS, kelainan bawaan dan lain sebagainya**)? Bila "ya", mohon disebutkan diagnosa dan tanggal pertamakali didiagnosa beserta hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

Tanggal Perawatan	Anamnesa	Hasil –hasil Pemeriksaan Fisik, Lab, dll	Diagnosa	Terapi

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

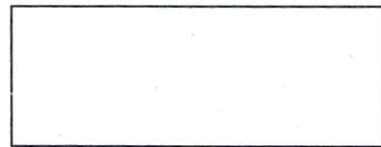
_____ , _____ 2021

Tanda tangan & cap stempel

Nama Dokter : _____

Alamat : _____

Keahlian : _____



NB: Pengambilan "SURAT KETERANGAN" yang telah diisi, mohon menghubungi kami di Nomor (021) 2555 7788 a.n Decky Irawan ext .641536.

DI # 4295354593

INTERNAL