

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**Klaim Perlindungan Terhadap Penyakit Kanker**

Form/CLM/003/Ver.1.0/02-20

Kepada Yth. Dokter yang merawat/ mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter (SKD) ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui:

Yang bertanda tangan dibawah ini:

<b>DATA PASIEN:</b>	
Nama Pasien :	_____ Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Pria / <input type="checkbox"/> Wanita
No.Pasien/ No.Rekam Medis :	_____
Tempat dan Tanggal lahir :	_____, ____/____/____/ tgl/bln/thn
Alamat Pasien :	_____
Pekerjaan :	_____
Tanggal Pemeriksaan	____/____/____/ tgl/bln/thn
Tanggal Perawatan	____/____/____/ s/d ____/____/____/ tgl/bln/thn
<b>RIWAYAT PENYAKIT:</b>	
Apakah anda adalah Dokter yang merawat?	<input type="checkbox"/> YA, sejak ____/____/____/ tgl/bln/thn <input type="checkbox"/> Tidak
Kapan Tertanggung pertama kali konsultasi untuk penyakit ini? Apakah keluhan pada saat itu? Mohon jelaskan	____/____/____/ tgl/bln/thn, dengan keluhan _____ _____
Apakah Diagnosa pada saat itu? Apakah dasar diagnosa/jenis pemeriksaannya? Kapan dan apa hasil pemeriksaan pada saat itu?	_____, jenis pemeriksaan _____ ____/____/____/ tgl/bln/thn, hasilnya _____
Adakah Terapi yang diberikan kepada Pasien tersebut?	<input type="checkbox"/> YA, sejak ____/____/____/ tgl/bln/thn, Jenis terapi _____ <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah sebelumnya Tertanggung pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan penyakit yang sekarang diderita?	<input type="checkbox"/> YA, sejak ____/____/____/ tgl/bln/thn, jelaskan _____ <input type="checkbox"/> Tidak
<b>MOHON PENJELASAN SECARA LENGKAP:</b>	
Apakah Diagnosa penyakit pasien sekarang?	_____
Berapakah Stadiumnya?	_____
Apakah ada penyebaran ke jaringan sekitarnya?	<input type="checkbox"/> YA, jelaskan _____ <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah hasil pemeriksaan histologisnya?	_____
Apakah termasuk Ca in-situ: Payudara; Rahim; Cervix; Paru-Paru; Usus besar; Kulit	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah termasuk CIN ( <i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i> ) I, II, III?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak
Untuk Kanker Kulit, apakah termasuk: <i>Hyperkeratosis; Basal Cell Carcinoma; Melanoma</i> dengan lesi kurang dari 1.5 mm ketebalan Breslow atau kurang dari level 3 Skala Clark?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah Diagnosa tersebut berhubungan dengan infeksi <i>HIV-AIDS</i> ; Infeksi Menular Seksual; atau Penyalahgunaan Alkohol?	<input type="checkbox"/> YA, jelaskan _____ <input type="checkbox"/> Tidak
Mohon sebutkan nama Dokter/Rumah Sakit/Alamat RS yang pernah merawat dikunjungi oleh Pasien ini	_____
Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.	
Nama Dokter Spesialis :	_____ (Tempat & Tanggal) : _____, ____/____/____
No. Telepon / HP :	_____ ( _____ ) ( _____ )
	Tanda Tangan Dokter      Cap Rumah Sakit