

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT  
HILANGNYA KEMANDIRIAN HIDUP - LOSS OF INDEPENDENT LIVING**

**RAHASIA/CONFIDENTIAL**

No. Polis-Kode Cabang :  -   
Policy Number-Branch Code

Nama Pasien :   
Patient's Name

Tanggal Lahir :  -  -  tgl-bln-thn  
Birth date dd-mm-yyyy

No. KTP/SIM :   
ID Card No.

Pekerjaan :   
Occupation

Alamat :   
Address

Kota :  Kode Pos :   
City Postal Code

Nama tersebut di atas adalah Pihak Yang Diasuransikan pada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

*The above name are insured with PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.*

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas yang terpisah.

*Questions to be answered by the Medical Practitioner. Please write on back page or attach a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer.*

**A. UMUM/GENERAL**

1. Apakah Anda dokter keluarga pasien tersebut?  Ya  Tidak  
Are you the family doctor of the patient? Yes No

Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama Anda mengenal pasien?  -  -  tgl-bln-thn  
If "yes", since when and how long did you know the patient? dd-mm-yyyy

2. Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?  
When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?

3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama gejala penyakit dirasakan oleh pasien?  
*Based on anamnesis, how long did the symptoms occurred?*

4. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter? Mohon dijelaskan  
*Related to the above symptoms, did the atient take any medication or visite doctor? Please explain*

5. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon jelaskan jenis penyakit/keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.  
*Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related disease ? Please give explanation about the disease/symptoms and since when it was detected*

Gejala - Penyakit/Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi/First detected

6. Kapan pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?  
*When did the patient first become aware of the disease?*

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir  
*Please provide the name and address of the doctors/hospitals which patient had attended and the date of last attendance*

Nama/Name	Alamat/Address

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.  
*Please give details about the patient's habits in smoking, alcohol and drug abuse ? What kind and how many a day?*

## B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci  
*Please provide the diagnosis in details*

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

*First time diagnosis was made*

2. Mohon jelaskan secara rinci akibat dari kondisi tersebut diatas atas kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari.

*Please explain the impact of that condition above to his/her daily activities.*

3. Mohon jelaskan sebab terjadinya kondisi tersebut diatas.

*Please explain the cause of that condition above.*

4. Dari 5 (lima) aktifitas hidup berikut ini, apakah terdapat ketidakmampuan pasien untuk melakukan aktifitas tersebut secara permanen?

Mohon berikan tanda [V]

*From 5 (five) daily activities stated here, which are not able to be done by the patient permanently?*

*Please remark with [V]*

Aktifitas Hidup Sehari-hari/Daily Activity	Mampu/ Capable	Tidak Mampu /Not Capable
<p>Mandi, diartikan sebagai kemampuan sendiri membersihkan tubuh saat mandi atau menggunakan shower (pancuran) atau membersihkan tubuh menggunakan cara-cara lainnya dengan baik.</p> <p><i>Taking a bath shall refer to self-ability to clean own body when taking a bath or using shower or cleaning own body using other good manners</i></p>		
<p>Berpakaian, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk mengenakan, melepas, mengencangkan dan melonggarkan segala jenis pakaian.</p> <p><i>Dressing shall refer to self-ability to wear, put off, tighten, loosen all kinds of dresses.</i></p>		
<p>Menyuap, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk menyuap makanan yang sudah disiapkan dan terhidang.</p> <p><i>Feeding shall refer to self-ability to put the food into own mouth in which the food has been prepared and served.</i></p>		
<p>Buang Air, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk buang air di kamar kecil atau jamban, atau setidaknya mampu menahan buang air untuk menjaga tingkat kebersihan diri yang memadai.</p> <p><i>Relieving shall refer to self-ability to defecate and urinate in toilet or water closet, or at least able to defecate or urinate to keep good self-health condition.</i></p>		
<p>Beralih tempat, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk memindahkan tubuh dari tempat tidur ke kursi dengan sandaran yang tegak.</p> <p><i>Moving shall refer to self-ability to move own body from bed to chair with upright support</i></p>		
<p>Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda.</p> <p><i>Move from one place to another on flat floor without using a wheelchair.</i></p>		

5. Apakah ketidakmampuan pasien dalam beraktivitas hidup sehari-hari tersebut bersifat permanen dan tidak dapat disembuhkan?  
*Is the inability of the activities of daily living in this patient permanent and not curable?*

Ya/Yes

Tidak/No

Mohon penjelasan  
*Please explain in detail*

6. Pemeriksaan laboratorium atau penunjang apa saja yang telah dilakukan berkaitan dengan penyakit diatas dan bagaimana hasilnya?  
Mohon dapat dilampirkan hasilnya  
*What kind of laboratory or diagnostic test done related to the above disease and how is the result? Please attached the result*

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya  
*Please give us the name and address of doctors/hospitals referral for further treatment*

Nama/Name	Alamat/Address

8. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini  
*If there is any further information which will assist us in assessing the claim, please give details*

