

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**KEMATIAN SELAPUT OTOT ATAU JARINGAN (GANGREN)**  
**NECROTISING FASCIITIS (GANGRENE)**

**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** : \_\_\_\_\_  
*City*

**Kode Pos** : \_\_\_\_\_  
*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 di atas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerja sama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

*The above name is insured with PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia who submitting claims related to the above disease. 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, mohon 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?**  
*Are you the family doctor of the patient above?*

Ya  Tidak  
 Yes No

**Jika "ya", berapa lama anda mengenal pasien?**  
*If "yes", how long have you known the patient?*

\_\_\_\_\_

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

--

3. 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 ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected*

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

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

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

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenis dan rata-rata konsumsi per hari.  
*Please provide 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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci  
*Please provide your diagnosis in details*

2. Mohon jelaskan gejala klinis kematian selaput otot atau jaringan ( gangrene ) yang ada pada pasien.  
*Please explain about symptoms of Necrotising Fasciitis ( gangrene ) in patient*

3. Apakah penyebab dari kematian selaput otot atau jaringan ( gangrene ) yang diderita pasien? Mohon dijelaskan secara rinci  
*What is the cause of Necrotising Fasciitis ( gangrene )? Please give detail explanation*

4. Apakah kerusakan otot pada pasien cukup luas sehingga menyebabkan kehilangan yang total dan menetap pada tubuh pasien? Mohon jelaskan bagian tubuh mana yang terkena dampaknya  
*Was the muscular destruction extensive enough and resulting a total and permanent loss of the body? Please give any information which part of the body that affected*

5. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan lain-lain yang mendukung diagnosis penyakit, beserta kesimpulan  
Please attached any laboratory test that have been done and the conclusions.

Jenis Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

6. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.  
Please give us the name and address of doctors / specialist / hospitals referral for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

7. 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 this claim, please give details.

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("**Perubahan**") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

*The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("**Change**") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.*

Nama Dokter   
Doctor's Name

Alamat Dokter \_\_\_\_\_  
Doctor's Address

Kode Pos:   
Postal Code

Tanggal  -  -   
Date

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan dan stempel dokter  
Stamp and signature of the doctor

**PERHATIAN/ATTENTION:**

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA. ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.