

**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT**  
**POLIOMYELITIS-BULBAR PALSII PROGRESIF-MUSCULAR DYSTROPHY-MYASTENIA GRAVIS-  
ATROFI OTOT-SUPRANUCLEAR PALSII PROGRESIF-MOTOR NEURON DISEASE-SKLEROSIS  
LATERAL AMIOTROFIK-AMIOTROFIK TULANG BELAKANG-PERIPHERAL NEUROPATHY**

**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 di atas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama 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 to 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.

*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 merupakan dokter keluarga pasien tersebut?  Ya  Tidak  
*Are you the family doctor of the patient above?* *Yes* *No*

Jika "ya", sudah berapa lama Anda mengenal pasien tersebut? \_\_\_\_\_  
*If "yes", for 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 you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?*

3. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon uraikan 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

Penyakit-Gejala/Disease-Symptoms	Pertama Kali Terdeteksi/First Time Detected

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?  
When the patient first become aware of the illness?

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya  
Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals visited by the patient

Nama/Name	Alamat/Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenisnya 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 jelaskan diagnosa secara rinci  
Please provide your diagnosis in detail

- Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?  
First time diagnosis was made

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.  
Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear.

3. Apakah ada gangguan pada alat pancaindra, cairan cerebrospinal atau gangguan ketegangan gerakan otot yang tidak normal?

Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci

*Are there any abnormality in sensory organ, cerebrospinal fluid, or movement disorders of muscle tension? If yes, please explain in detail*

4. Mohon jelaskan otot-otot di bagian tubuh mana saja yang terkena.

*Please describe which muscles that affected*

5. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah ditemukan adanya kekurangan kendali pada gaya berjalan dan keseimbangan?

Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci

*According to the examination, is there any lack of control on gait and balance? If Yes, Please explain in detail*

6. **Untuk Atrofi Otot Progresif:** Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:

***For Progressive Muscular Atrophy:*** According to the examination, is the patient suffered from:

a. Penurunan masa otot  Ya/Yes  Tidak/No  
*The wasting of muscles*

b. Peningkatan spastisitas otot  Ya/Yes  Tidak/No  
*Increased spasticity of muscles*

7. **Untuk Sklerosis Lateral Amiotropik:** Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:

***For Amyotrophic Lateral Sclerosis:*** According to the examination, is the patient suffered from:

a. Kelemahan dan atrofi otot  Ya/Yes  Tidak/No  
*Muscular weakness and atrophy*

b. Disfungsi pada anterior cell horn  Ya/Yes  Tidak/No  
*Anterior horn cell dysfunction*

c. Fasikulasi otot yang terlihat  Ya/Yes  Tidak/No  
*Visible muscle fasciculations*

d. Hiperaktif refleks tendon dalam  Ya/Yes  Tidak/No  
*Hyperactive deep tendon reflexes*

e. Hiperaktif refleks plantar luar  Ya/Yes  Tidak/No  
*Hyperactive exterior plantar reflexes*

f. Disatria  Ya/Yes  Tidak/No  
*Dysarthria*

g. Disfagia  Ya/Yes  Tidak/No  
*Dysphagia*

8. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah ada ciri-ciri kelemahan otot proksimal yang mendalam dan pengecilan otot, terutama dibagian kaki, diikuti oleh otot bawah? Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci

*According to the examination, are there any profound proximal muscular weakness and wasting, primarily in the legs, followed by distal muscle involvement? If Yes, please explain in detail*

9. Apakah ada kelumpuhan pada bagian kepala, kesulitan untuk mengunyah dan menelan, kesulitan dalam berbicara, muncul tanda-tanda secara terus-menerus terlibatnya saraf tulang belakang dan pusat motorik dalam otak dan kelemahan kejang dan atrofi otot pada tingkat ekstrim?

Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci

*Are there any paralysis in the head region, difficulties in chewing and swallowing, problems in speaking, persistent signs of involvement of the spinal nerves and the motor centres in the brain and spastic weakness and atrophy of the muscles of the extremities?*

*If Yes, please explain in detail*

10. Untuk Myastenia Gravis, Dengan Menggunakan Klasifikasi Klinis dari Yayasan Myasthenia Gravis Amerika, termasuk kelas berapakah kondisi kelemahan otot yang diderita pasien? Mohon jelaskan

*Based on The Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification, in which class the patient's muscular weakness condition belong?*

11. Apakah didapatkan atrofi otot tulang belakang yang ditandai dengan disfungsi progresif dari sel tanduk anterior pada susunan tulang belakang dan saraf kranial batang otak dengan kelemahan yang mendalam dan disfungsi bulbar? Jika Ya, mohon di jelaskan

*Is there any spinal muscular atrophy characterised by progressive dysfunction of the anterior horn cells in the spinal cord and brainstem cranial nerves with profound weakness and bulbar dysfunction?*

12. Untuk Amiotrofi Tulang Belakang : Termasuk dalam tipe berapakah Amiotrofi tulang belakang yang terjadi?

*For Spinal Amiotrophy : in which type Spinal Amiotrophy the patient condition belong?*

13. Apakah diagnosa telah ditegakan dengan menggunakan:

*Had the diagnosis been confirmed by:*

- |   |                                    |                                      |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| a. <u>Electromiogram?</u><br><i>Electromyogram?</i> | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| b. <u>Biopsi otot?</u><br><i>Muscle biopsy?</i>     | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |

14. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan neurologi, hasil electromiogram, biopsi otot, hasil laboratorium dan lain-lain telah dilakukan dan hasil/kesimpulan yang ada

*Please attach results of any examination performed (neurology examination, electromyogram, muscle biopsy, laboratory etc) and provide the result/summary*

15. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?

*What is the treatment being done for the recovery and what is medication that patient having right now?*

16. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.

*How is the current state of the patient and how is the prognosis? Please explain in detail.*

17. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain?

Ya/Yes

Tidak/No

*Can the patient to daily activities without any help from others?*

Jika jawaban tidak, Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah:

*If No, Patient can not do daily activity such as :*

Mandi/Taking bath

Buang Air / Relieving

Berpakaian/Dressing

Beralih tempat ( naik atau turun dari tempat tidur )/Moving

Menyuaip/Feeding

Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda/Transferring

Jika jawaban tidak, Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas?

*If No, For how long did the patient can't do the above activity?*

18. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.

*Please give us the name and address of doctors/hospitals refferal for further treatment*

Nama/Name	Alamat/Address

19. 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.*