

**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
KEHILANGAN FUNGSI ANGGOTA GERAK-KELUMPUHAN LOSS
OF LIMB-PARALYSIS**

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 Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life 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 is insured with PT Asuransi Allianz Life Indonesia who submitting claims related tot 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 diatas? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No

Jika "ya", sejak kapan Anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi pasien? - - tgl-bln-thn
If "yes", since when, have you been the regularly visited medical attendant of the patient? dd-mm-yyyy

2. Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
When were you first consulted for this condition and, at that time, how long had the symptoms been present?

3. Menurut pasien sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan?
On what date did the illness commence?

4. Dari ANAMNESISA Anda, apakah pasien sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Please state what kind of illness/complaints and since when was it detected?

| Gejala-Penyakit/ <i>Symptom-Disease</i> | Pertama kali terdeteksi/ <i>First detected</i> |
|---|--|
| | |

5. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
When did the patient first become aware of his/her illness?

6. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.
Please provide the name and address of the doctors/specialist/hospitals which the patient had attended and the date of last attendance.

| Nama/ <i>Name</i> | Alamat/ <i>Address</i> |
|-------------------|------------------------|
| | |

7. 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 Anda secara rinci
Please provide your diagnosis.

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

2. Mohon jelaskan secara rinci lokasi anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan
Please provide which part of body has been paralysis.

3. Mohon jelaskan sebab terjadinya kelumpuhan tersebut
Please explain the cause of paralysis

4. Mohon jelaskan tonus dan kekuatan otot anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan
Please provide about tonus and strength the body muscle.

5. Apakah kelumpuhan tersebut akan berlangsung permanen? Ya/Yes Tidak/No
Is the paralysis permanently suffered?

6. **Untuk kondisi Kehilangan Fungsi Anggota Gerak:** Apakah ada anggota badan dari sendi siku/pergelangan tangan atau lutut/pergelangan kaki yang mengalami putus secara total? Ya/Yes Tidak/No
For the condition of Loss of Limb: *Is any part of body from elbow/wrist or knee/ankle joint suffered from Total loss?*

Jika Ya, mohon jelaskan anggota badan tersebut
If Yes, please explain the part of body

Apakah kondisi kehilangan fungsi anggota gerak tersebut dapat disembuhkan? Ya/Yes Tidak/No
Is the loss of limb can be cured?

7. Tindakan atau pengobatan apa yang telah dilakukan terhadap penyebab terjadinya kelumpuhan?
What kind of treatment or medication has been done to the cause of paralysis?

8. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas yang telah Anda lakukan
Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis

| Jenis Pemeriksaan/Tests | Kesimpulan/Results |
|-------------------------|--------------------|
| | |

9. 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, the patient has been referd to any doctors

| Nama/Name | Alamat/Address |
|-----------|----------------|
| | |

10. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut Anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.
If there is any further information which in your opinion will assist our claim department 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.