

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**PANKREATITIS MENAHUN BERULANG - NECROHEMORRHAGIC PANKREATITIS AKUT**  
**CHRONIC RELAPSING PANCREATITIS - ACUTE NECROHEMORRHAGIC**

**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 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 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 diatas?  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 him/her?*

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 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 / symptom 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*

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 the exact details of the diagnosis*

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 provide of the symptoms and when the first symptom come out.*

3. Apakah sudah terjadi kerusakan pankreas yang berat dan progresif pada pasien?

Bila "Ya", mohon jelaskan dan lampirkan hasil pemeriksaan yang menunjang diagnosa.

*Have severe pancreatic damage and progressive on the patient?*

*If "Yes", please explain and attach the results of supporting diagnosis test*

Ya   
Yes

Tidak   
No

4. Apakah kondisi pasien disebabkan oleh / *Are the patient's condition caused by:*

a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut;  
*Recurrent acute pancreatitis for a period of at least 2 years in a row;*

Ya   
Yes

Tidak   
No

b. Penumpukan kalsium yang merata di pankreas yang dibuktikan dengan pemeriksaan imaging; dan  
*Generalize calcium deposits in pancreas from imaging study; and*

Ya   
Yes

Tidak   
No

c. Kegagalan fungsi pankreas yang menahun dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau penyakit kencing manis  
*Chronic continuous pancreatic function impairment resulting in mal-absorption of intestine (high fat in stool) or diabetes melitus*

Ya   
Yes

Tidak   
No

5. Apakah terjadi peradangan akut dan nekrosis pada parenkim pankreas, nekrosis enzimatik fokal pada lemak pankreas dan pendarahan yang disebabkan oleh nekrosis pada pembuluh darah pada pasien?

Ya   
Yes

Tidak   
No

*Are there acute inflammation and necrosis of pancreas parenchyma, focal enzymic necrosis of pancreatic fat and hemorrhage due to blood vessel necrosis in this patient?*

Jika "Ya", mohon jelaskan dan melampirkan hasil pemeriksaan yang menunjang

*If "Yes", please explain and attach the results of supporting test*

6. Apakah diperlukan operasi pembersihan jaringan nekrosis atau pankreatektomi?  
*Does it required surgical clearance of necrotic tissue or pancreatectomy*

Ya   
Yes

Tidak   
No

Jika Ya, kapan dilakukan operasi pembersihan jaringan nekrosis atau pankreatektomi tersebut?

*If Yes, when is the surgical clearance of necrotic tissue or pancreatectomy done?*

7. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan (termasuk hasil histologi) dan lain-lain yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attach results of any examination performed and provide remarks if any*

8. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?  
*What kind of treatment or medication is being done for the recovery and what kind of medicine has been given up until now?*

9. Bagaimana keadaan pasien saat ini, dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.  
*How is the condition of the patient today, and how is the prognosis? please explain in detail*

10. 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 which you refer to handle the patient.*

N a m a / Name	A l a m a t / Address

11. 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.*