

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT

**TULI - BISU - KEBUTAAN - RETINITIS PIGMENTOSA - ATROFI SARAF MATA -
KEHILANGAN KEMAMPUAN MELIHAT PADA SATU MATA**

**DEAFNESS - LOSS OF SPEECH - BLINDNESS - RETINITIS PIGMENTOSA - OPTIC NERVE ATROPHY -
LOSS OF SIGHT IN ONE EYE**

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 are insured with PT Asuransi Allianz Life 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 above? *Yes* *No*

Jika "ya", sudah berapa lama anda mengenal pasien tersebut? _____
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 you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms & how long had the symptoms been present?

3. Berdasarkan **ANAMNESIS**, apakah pasien pernah menderita gejala / 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 diseases? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected?

Penyakit - Gejala / Disease - Symptoms	Pertama kali terdeteksi / first detected

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

5. Mohon berikan nama & alamat dokter / RS yang pernah dikunjungi oleh pasien & berikan tanggal konsultasi terakhir
Please provide the name & address of doctor / hospital 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 and obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please give details 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 explain in detail about the diagnosis

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

2. Mohon di jelaskan secara lengkap penyebab dan keadaan dari penyakit atau kecelakaan.
Please explain in detail the cause of the disease / the accident.

3. Mohon di jelaskan, apakah kelainan dapat di sembuhkan? Bila tidak, organ tubuh mana yang terkena.
Please explain if the disease could be healed. If no, which organs are affected?

4. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil - hasil test dan kesimpulannya
Please attach results of any examination performed and provide with the summary / explanation

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Tests	Hasil Pemeriksaan / Result

5. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan pada pasien
Please explain about surgery that has done to this patient

6. Bagaimana keadaan pasien saat ini? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the patient's current condition? Please explain in detail.

7. Apakah penyakit atau kecelakaan tersebut menyebabkan hilangnya fungsi secara total dari:
Are that disease or accident caused completely loss of function of:

Pendengaran (Tuli) / Hearing (Deafness)

Penglihatan (Buta) pada / Sight (Blindness) in:

Satu mata / One Eye

Dua mata / Two Eyes

Kemampuan berbicara (Bisu) / Speech (Loss of speech)

8. Apakah keadaan tersebut diatas dapat dipulihkan?
Do the conditions above will be recovered?

Ya / Yes

Tidak / No

Mohon jelaskan
Please explain

9. Bagaimana prognosis penyakit pasien?

What is the prognosis of the patient's illness?

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

Please give us the name and address of doctors / specialist / hospitals referral for further treatment

Nama / Name	Alamat / 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.