

SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
OSTEOGENESIS IMPERFECTA-OSTEOPOROSIS

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

Jika "ya", sudah berapa lama anda mengenal pasien? _____
If "yes", how long have you known the insured?

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 symptom and how long had the symptom been present?

3. Berdasarkan **ANAMNESIS**, 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
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 untuk pertama kali pasien 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
Please give us the name and address of doctors/hospitals visited by the patient

Nama/Name	Alamat/Address

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci
Please explain your diagnosis

2. **Untuk Osteoporosis**, Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?
For Osteoporosis, According to the examination, is the patient suffered from:

- a. Adakah keretakan pada leher tulang paha karena osteoporosis? Ya Tidak
Is there any a fracture of the neck of femur due to osteoporosis? Yes No

Jika Ya, mohon jelaskan lokasi keretakan tulang tersebut secara detail
If Yes, please describe the location of fracture in detail

- b. Adakah 2 (dua) keretakan tubuh vertebral karena osteoporosis? Ya Tidak
Is there any a 2 (two) vertebral body fractures due to osteoporosis? Yes No

Jika Ya, mohon jelaskan lokasi keretakan tulang tersebut secara detail
If Yes, please describe the location of fracture in detail

- c. Adakah densitas mineral tulang yang diukur setidaknya pada 2 (dua) titik dengan Densitometri Sinar-X Dual-Energi (DEXA) atau CT scanning kuantitatif konsisten dengan Osteoporosis parah (skor- T kurang dari 2.5)? Ya Tidak
Yes No
- Is there any bone mineral density measured in at least two (2) sites by dual-energy x-ray densitometry (DEXA) or quantitative CT scanning is consistent with severe osteoporosis (T-score of less than 2.5)?*

- d. Apakah sudah dilakukan perbaikan internal atau penggantian tulang yang retak tersebut? Ya Tidak
Had the internal fixation or replacement been did in that fractured bone? Yes No

3. **Untuk Osteogenesis Imperfecta:** Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?
For Osteogenesis imperfecta: Based on the examination, is the patient suffered from:

- a. Adakah kondisi tulang yang rapuh, osteoporosis dan mudah retak? Ya Tidak
Is there any brittle, osteoporotic, easily fractured bone? Yes No

- b. Adakah penghambatan pertumbuhan dan kerusakan daya pendengaran? Ya Tidak
Is there any growth retardation and hearing impairment? Yes No

- c. Adakah beberapa tulang retak dan Kifoskoliosis progresif ? Ya Tidak
Is there any multiple fracture of bones and progressive kyphoscoliosis? Yes No

- d. Apakah sudah dilakukan biopsi kulit pada pasien? Ya Tidak
Had a skin biopsy been performed in the patient? Yes No

Jika Ya, Mohon dituliskan hasil biopsi kulit tersebut

If Yes, please write the result

4. **Untuk Osteogenesis Imperfecta:** Termasuk dalam tipe berapa kondisi Osteogenesis Imperfecta pada pasien? Mohon jelaskan
For Osteogenesis imperfecta, in which type Osteogenesis imperfecta in this patient's condition? Please explain

5. 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

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah (hasil laboratorium, Rontgen, CT Scan, DEXA, audiometri dll) dilakukan beserta kesimpulan
Please attach the results of that examination has been done (laboratory, x-ray, CT Scan, DEXA, Audiometri) with conclusion

7. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini
If there is any further information which 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.