

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**MENINGITIS BAKTERI - MENINGITIS TUBERCULOSIS - RADANG OTAK**  
**(ENSEFALITIS) - TUBERCULOSIS MIELITIS**

*BACTERIAL MENINGITIS - MENINGEAL TUBERCULOSIS - ENCEPHALITIS - TUBERCULOSIS MYELITIS*

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

Jika "ya", sejak kapan anda megenal pasien? \_\_\_\_\_  -  -  tgl-bln-thn  
*If "yes", since when have you know 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 provide consultation for this condition, what kind of symptom and how long had the symptoms been present?*

3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit diatas?

*Based on anamnesis, for how long the above symptoms been present?*

4. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter? Mohon jelaskan

*Related to the above symptoms, did the patient take any medication or visite doctor? Please explain*

5. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon jelaskan 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 diseases? Please give explanation about the disease / symptom and since when was it detected*

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

6. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

*When did the patient first become aware of the disease?*

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan tanggal konsultasi terakhir

*Please provide the name and address of the doctors / hospitals which the patient had attended and the date of last attendance*

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

8. 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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci

*Please provide the diagnosis*

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

*First time diagnosis was made*

2. Mohon penjelasan mengenai organ mana saja yang terinfeksi ( otak, selaput otak atau organ lain )

*Please explain about the infected organ ( brain, meningens or other )*

3. Apakah penyakit tersebut menyebabkan pasien memerlukan rawat inap?

*Is the disease made the patient to be hospitalized?*

Ya / Yes

Tidak / No

4. Apakah penyakit tersebut telah menimbulkan defisit neurologis yang permanen?

Ya / Yes

Tidak / No

Mohon jelaskan secara rinci status neurologis dan sejak kapan terjadi ketidakmampuan neurologis tersebut?

*Is the diseases caused permanent neurological deficit? Please give details on neurological status / sequele / deficit related to the disease and since when the neurological deficit occurred?*

5. Sudah berapa lama defisit neurologis permanen berlangsung?

*How long permanent neurological deficit has occurred?*

Lebih dari 6 minggu / More than 6 weeks

Lebih dari 6 bulan / More than 6 months

Lebih dari 3 bulan / More than 3 months

Lain-lain / others : \_\_\_\_\_

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan laboratorium darah, punksi lumbal, CT Scan, MRI dll yang telah dilakukan dan bagaimana hasil ataupun kesimpulannya

*Please provide the result of blood test, lumbal puncture/ cerebrospinal fluid, CT Scan, MRI etc and the result / summary*

7. Tindakan atau pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan atau 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?*

8. a. Apakah penyakit yang diderita saat ini merupakan penyakit primer atau komplikasi dari penyakit lain? Mohon jelaskan

*Is this disease is a primary disease or caused by or as a result of complication of another disease? Please give explanation*

b. Jika bukan merupakan penyakit primer, maka jelaskan secara rinci komplikasi dari penyakit apa dan sejak kapan diderita?  
*If the answer for 7.a is NO, please explain what is the primary disease and since when have you had suffered from that disease?*

c. Apakah penyakit tersebut berhubungan ataupun disebabkan oleh HIV?  Ya  Tidak  
*Is the disease related to or caused by HIV?* Yes No

9. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan lanjutan  
*Please give us the name and address of doctors / hospitals referral for further treatment*

Nama / Name	Alamat/ Address

10. 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.*