

**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT PARU PARU KRONIS/TAHAP AKHIR CHRONIC
LUNGS DISEASES/FINAL STAGE**

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

Jika "ya", sudah berapa lama Anda mengenal pasien?
If "yes", for how long have you known patient?

2. Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul? (gejala seperti detak jantung tidak normal, nyeri dada, edema, sesak nafas dan lain-lain).
When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present? (symptoms such as heart beat abnormality, chest pain, oedema, shortness of breath etc)

3. Berdasarkan **ANAMNESIS**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas 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 realated diseases? Please give explanation about the disease/symptoms 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 dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok.
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide about the patient's habits in smoking ? What kind and how many a day?

6. Apakah pasien pernah terkontaminasi oleh macam-macam bahan/zat yang menyebabkan bertambahnya resiko dari penyakit paru-parunya? (baik yang disebabkan oleh pekerjaannya atau bukan). Mohon dijelaskan
Does the patient get contaminated with materials/chemical that has impact to the lung disease? (related to his/her occupation or other). Please explain

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals visited by the patient

Nama/Name	Alamat/Address

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa pasien secara rinci
Please provide diagnosis in details.

2. Mohon jelaskan sejauh mana perkembangan penyakit ini dan bagaimana pengaruhnya dengan aktivitas sehari-hari
Please explain the impact of the disease and how it influence the patient daily activities

3. Mohon uraikan secara lengkap semua hasil pemeriksaan terutama test fungsi paru-paru (hasil FEV dan kapasitas vital) serta analisa gas darah arteri (PaO2)
Please give details and attach results of any examination performed (lung function test and blood gas analysis)

Tanggal/Date	Pemeriksaan/Tests	Hasil pemeriksaan/Result

4. Apakah terjadi serangan akut pada suatu Asma Berat dengan status astmatikus persisten yang memerlukan rawat inap?
Is there any acute attack on Severe Asthma with persistent status asthmaticus that need hospitalization?

Ya/Yes

Tidak/No

5. Pengobatan apakah yang sedang diberikan kepada pasien?
Please mention what medication are taken the patient?

6. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan (pasang filter veno kava, pengangkatan satu paru dll)
Please explain about surgery that done to this patient. (veno cava filter insertion, lung removal etc)

7. Apakah diperlukan pemberian oksigen secara terus menerus? Sudah berapa lama? Apakah saat ini masih digunakan?
Is it required to give oxygen therapy continuously? For how long? Is the oxygen still be given until today?

8. Apakah ada penggunaan ventilator mekanik? Sejak kapan dan sudah berapa lama digunakan?
Is it required to use the mechanic ventilator? Since when and for how long?

9. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya
Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals refferal 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.