

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

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 adalah 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 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 and how long had the symptoms been present?

3. Menurut pasien, sudah berapa lama gejala penyakit tersebut di rasakan ?
How long had symptoms been present ?

4. Dari ANAMNESA apakah pasien sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Please explain

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

5. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
When the patient first become aware of the illness?

6. 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

7. 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 jelaskan diagnosa secara detail
Please explain in detail about the diagnose

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

3. Apakah penyakit ini merupakan penyakit auto imun yang multisistemik? Mohon jelaskan.
Does the disease belong to multisystemic auto immune disease? Please explain.

4. Apakah penyakit ini telah di tandai dengan peningkatan auto imun yang menyerang berbagai antigen tubuh? Mohon jelaskan.
Does the increasing autoantibody had already attack various body antigen? Please explain

5. **Sebutkan jenis Lupus Eritomatosus Sistemik, dan terletak di bagian organ tubuh yang mana yang terkena?**
Please mention the category of this SLE, and what organ that already had attacked?

6. **Jelaskan hasil biopsi yang telah dilakukan, mohon melampirkan fotocopy nya.**
Please explain the biopsy result, and attached the biopsy report.

7. **Apakah faktor pencetus timbulnya Lupus Eritomatosus sistemik pada pasien? Apakah karena obat (drug induced)**
What factors that trigger the occurrence of SLE in this patient? Drug induced?

8. **Termasuk ke dalam Klasifikasi WHO kelas berapakah kondisi Lupus Nefritis yang diderita pasien? Mohon jelaskan.**
What classification is the Lupus Nephritis based on WHO classification? Please explain

9. **Mohon gambarkan keadaan pasien dengan menggunakan kriteria klasifikasi WHO yang tepat.**
Please explain the patient condition based on WHO classification criteria

10. **Apakah ada gejala Lupus di bagian tubuh yang lain?**
Is there any symptom of Lupus in other part of the body?

11. **Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan**
Please attach diagnostic test results on this patient and your expertise about it.

12. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang di berikan pada saat ini?
What is the treatment and medication that patient having right now?

13. 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

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.