

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
HIV YANG DIDAPAT MELALUI TRANSFUSI DAN PEKERJAAN**

**RAHASIA**

No. Polis - Kode Cabang :  -

Nama Pasien / :   
Tertanggung

Tanggal Lahir :  -  -  tgl-bln-thn

No. Registrasi / :   
Catatan Medis

No. KTP/SIM :

Pekerjaan :

Alamat :

Kota :  Kode Pos :

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia atas kejadian-kejadian tertentu yang berkaitan dengan kesehatannya. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit yang tertera di atas dan, agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama anda untuk melengkapi formulir ini.

**Untuk memastikan keabsahan klaim, Definisi Penyakit berikut ini harus dipenuhi.**

**HIV yang didapat melalui Transfusi darah dan Pekerjaan**

- A. Tertanggung terinfeksi HIV melalui transfusi darah.
- B. HIV di dapat dari suatu kecelakaan akibat pekerjaannya, selama Tertanggung melaksanakan tanggung jawab profesi yang normal dari pekerjaannya di Indonesia.

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat Tertanggung. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.

**A. UMUM**

1. Apakah anda dokter pribadi Tertanggung tersebut diatas?  Ya  Tidak  
Jika "ya", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi Tertanggung?  -  -

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?

3. Menurut tertanggung sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan

4. Berapa lama gejala tersebut menurut anda terakhir dirasakan ? Mohon jelaskan alasannya.

--

5. Dari **ANAMNESIS** anda, apakah Tertanggung 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 Tertanggung.

Jenis Penyakit / Keluhan	Sejak kapan menurut <b>ANAMNESIS</b> anda

6. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya.

N a m a	A l a m a t

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan Obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

--

**B. RINCIAN MEDIS**

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci, dan kapan diagnosa tersebut dibuat.

--

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

--

3. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (Laboratorium darah ,pungsi lumbal, CT Scan, atau MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

--

4. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?

--

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

--

- b. Jika bukan merupakan penyakit primer, maka jelaskan secara rinci komplikasi dari penyakit apa dan sejak kapan diderita.

--

6. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

N a m a	A l a m a t

7. Menurut pendapat anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi penyakit yang disebutkan pada halaman pertama ?

--

