

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
DEMAM REMATIK
RHEUMATIC FEVER

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang : -
Policy Number - Branch Code

Nama Pasien :
Patient's Name

Tanggal Lahir : - - tgl-bln-thn
Birth date dd-mm-yy

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 diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name are insured with PT Asuransi Allianz Life Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us 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, mohon 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 dokter keluarga pasien tersebut diatas ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No

Jika "ya", berapa lama anda mengenal pasien ? _____
If "yes", 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 did you first provide consultation for this condition and how long had symptoms been present ?

3. Berdasarkan **ANAMNESA**, apakah pasien pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan penyakit sekarang ?
Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita oleh pasien.
Has the patient suffered from other disease that related to his / her current condition / disease ?
Please give description about the disease / symptom and since when did the patient suffered

Keluhan / symptoms	Sejak kapan / Since when

4. Kapan pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?
When the patient first become aware of the disease ?

5. 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

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide 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 rinci
Please provide the diagnosis in details

2. Mohon jelaskan gejala klinis dari Penyakit Demam Rematik pada pasien.
Please explain the symptoms of Rheumatic Fever Disease in this patients.

a. Kriteria Mayor :
Major criteria

b. Kriteria Minor :
Minor criteria

3. Apakah sudah ada Gejala yang diderita pasien sebagai berikut :
Is there any Symptoms has been suffered in this patient :

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Mengenai satu atau lebih katup jantung</u> <i>Involvement one or more heart valves</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Menyebabkan ketidakmampuan katup jantung severe</u> <i>Causes severe heart valve disability</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Apakah telah dilakukan pengukuran fungsi katup jantung dengan ekokardiografi pada pasien ini? Ya / Yes Tidak/No
Has the heart valve function been measured with echocardiography in this patient?

Jika Ya, mohon jelaskan hasil pemeriksaan ekokardiografi tersebut
If Yes, please explain the result of the echocardiography examination

--

5. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium, ekokardiografi yang mendukung diagnosa beserta kesimpulannya
Please attach results of any examination performed and provide summary / remarks

Pemeriksaan / Examination	Hasil / Result

6. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosisnya ? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the current state of the patient and how is the prognosis ? Please explain in detail.

--

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

Nama / Name	Alamat / Address

8. 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.

--

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar.
I hereby certify that I am the Doctor who treated the patient and all information in this form are correct.

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