

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT KANKER - METASTASIS OTAK
CANCER - CEREBRAL METASTASIS

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, 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 dokter keluarga pasien tersebut ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No

Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama anda mengenal pasien ? - - tgl-bln-thn
If "yes", since when and how long did you know the patient ? dd-mm-yy

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. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut ?
Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present ?

--

4. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter ? Mohon dijelaskan
Related to the above symptoms, did the patient take any medication or visited doctor ? Please explain

--

5. Dari ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease ? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected.

Gejala - Penyakit / <i>Symptom - Disease</i>	Pertama kali terdeteksi / <i>First detected</i>

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

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / RS yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir
Please provide the name and address of doctors / hospitals which patient had attended and the date of last attendance

Nama / Name	Alamat / 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 jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide the diagnosis in details

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

2. Sebutkan jenis kanker dan organ tubuh yang terkena ?
Please describe about cancer's type and which organ is affected ?

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik). Mohon lampirkan hasilnya
Please explain the Pathology Anatomy result (macroscopy and microscopy). Please attached a copy

4. Mohon jelaskan mengenai stadium dari penyakit kanker yang diderita pasien
Please explain the stage of the cancer suffered by the patient

5. Mohon gambarkan keadaan ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang sesuai
Please describe this using the appropriate staging classification

6. Apakah kanker terlokalisir secara lengkap ?
Was the cancer completely localised ?

7. Adakah ada penyebaran pada jaringan-jaringan disekitarnya ? Mohon dijelaskan
Was there any invasion to the surrounding tissue ? Please explain

8. Apakah kelenjar-kelenjar getah bening sekitarnya terinfeksi ?
Were regional lymph nodes involved ?

9. Apakah ada penyebaran ke organ tubuh yang berjauhan ? Mohon dijelaskan
Were there any distance metastase to other organ ? Please explain

10. Apakah ada penyebaran ke otak ?
Is there any metastase to brain ?

Ya / Yes

Tidak / No

Mohon penjelasan TS
Please explain

11. Apakah ada bukti bertambahnya ukuran tumor?
Are there any evidence of increasing tumor size?

Ya / Yes

Tidak / No

Jika Ya, mohon jelaskan dengan detail dan dilampirkan hasil pemeriksaan penunjang
If Yes, please explain in detail and attached the result

12. Apakah ada gejala memburuknya disfungsi neurologis?
Are there any symptoms of worsening neurological dysfunction?

Ya / Yes

Tidak / No

Jika Ya, mohon jelaskan dengan detail
If Yes, please explain in detail

13. Untuk penyakit LEUKEMIA, mohon berikan rincian mengenai jenis LEUKEMIA dan stadium (berdasarkan RAI)
For LEUKEMIA, please provide details of LEUKEMIA type and staging (RAI staging)

14. Untuk MELANOMA MALIGNA, mohon berikan informasi mengenai stadium (berdasarkan Breslow dan Clark Level)
For MELANOMA MALIGNUM, please provide details of staging (based on Breslow and Clark Level)

15. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium with the summary

16. Obat-obatan apa saja yang sedang dikonsumsi pasien sehubungan dengan gejala atau penyakit diatas ?
What kind of medication did the patient consumed related to the above symptom or disease ?

17. Mohon penjelasan mengenai operasi yang telah dilakukan (pengangkatan sebagian atau seluruh organ)
Please explain about surgery that done to this patient (partial or complete organ removal)

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

Nama / Name	Alamat / Address

19. 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 is 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

Catatan / Note :