

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**PENYAKIT WILSON**  
**WILSON DISEASE**

**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 bertanggung 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 is 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", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi pasien?  -  -  tgl-bln-thn  
*If "yes", since when, have you been the regularly visited medical attendant of the patient?* dd-mm-yy

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?  
*When were you first consulted for this condition and, at that time, how long had the symptoms been present?*

3. Menurut pasien sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan?  
*On what date did the illness commence?*

4. Berapa lama gejala tersebut menurut anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.  
*Based on your anamnesis, how long were the symptoms last felt? Please explain the reason*

--

5. Dari ANAMNESISA anda, 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.  
*Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Please state what kind of illness/complaints and since when was it detected?*

Gejala - Penyakit / Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi / First detected

6. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?  
*When did the patient aware of his/her illness in the first time?*

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.  
*Please provide the name and address of the doctors/ specialist/ hospitals which the patient had attended and the date of last attendance.*

Nama / Name	Alamat / Address

---

## B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci  
*Please provide your diagnosis*

--

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?  
*When the first time diagnosis was made*

--

2. Apakah penyakit Wilson yang diderita pasien memiliki ciri-ciri penyakit hati progresif dan / atau kerusakan neurologi yang disebabkan oleh timbunan tembaga ?  
*Is the Wilson disease in this patient have characteristics of progressive liver disease and / or neurological damage caused by copper deposit?*

Ya  
Yes

Tidak  
No

Jika Ya, mohon jelaskan mengenai gejala yang terjadi  
*If Yes, please describe the symptom*

--

3. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan untuk membuktikan penyakit wilson yang diderita pasien  
*Please attach test results that have been done to prove the wilson's disease suffered by the patient*

--

4. Apa penyebab penyakit Wilson pada pasien? Mohon jelaskan  
*What was the cause of Wilson disease in patient? Please explain in detail*

--

5. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?  
*What is the treatment being done for the recovery and medication that patient having right now?*

--

6. Apakah pasien mendapatkan terapi dengan *chelating agent*?  Ya / Yes  Tidak / No  
*Does the patient get the treatment with a chelating agent?*

Jika Ya, Sejak kapan terapi *chelating agent* diberikan?  -  -     Tgl-Bln-Thn  
*If Yes, Since when treatment with chelating agent is given?* dd-mm-yy

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.  
*Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals, the patient has been referd to any doctors*

Nama / Name	Alamat / Address

8. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.  
*If there is any further information which will assist our claim department in assessing this claim, please give details.*

--

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan bahwa 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*