PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - *DOCTOR'S REPORT*
TRANSPLANTASI ORGAN VITAL - VITAL ORGAN TRANSPLANTATION
TERMINAL ILLNESS

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 kerja sama 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, 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 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 & how long the symptoms been present ?

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

Keluhan / *symptoms*	Pertama kali terdeteksi / *First detected*

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

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors / 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 insured'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 your diagnosis.

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

2. a) Apakah penyakit fungsi organ ini sudah memasuki tahap akhir ? ☐ Ya ☐ Tidak
Is this illness has come to the last stage ? *Yes* *No*

b) Apakah sebelumnya pasien telah menjalani pengobatan secara teratur ? ☐ Ya ☐ Tidak
Did the patient take medication therapy regularly ? *Yes* *No*

c) Apakah transplantasi organ telah dilakukan ? ☐ Ya ☐ Tidak
Has the transplantation been done yet ? *Yes* *No*

Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya. ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ Tgl-Bln-Thn
If the answer is yes, please mention when (date of transplantation) *dd-mm-yyyy*

d) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi ? ☐ Ya ☐ Tidak
If the answer is no, have you make the transplantation schedule ? *Yes* *No*

Jika YA, kapan akan dilakukan ? ☐☐ - ☐☐ - ☐☐ Tgl-Bln-Thn
Please mention when will the transplantation be done *dd-mm-yy*

3. Bila pasien didiagnosa menderita suatu **Terminal Illnes**, bagaimanakah harapan hidup pasien ?
Mohon uraikan berapa lama (tahun) pasien akan mampu bertahan hidup dan berikan alasannya ?
*If the patient has been diagnosed for **Terminal Illness** , how is the life expectation ?*
Please explain for how many years patient will survive and give the reason

4. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas beserta kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis

Jenis Pemeriksaan / *Tests*	Kesimpulan / *Result*

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

Nama / *Name*	Alamat / *Address*

6. 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* :