

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT CHRON'S / CROHN'S DISEASE
COLITIS ULSERATIVA / ULCERATIVE COLITIS**

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang
Policy Number - Branch Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patient's Name

Tanggal Lahir :

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

tgl-bln-thn
Birth date *dd-mm-yyyy*

No. KTP/SIM :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ID Card No.

Pekerjaan :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Occupation

Alamat : _____
Address

Kota : _____ Kode Pos :

--	--	--	--	--	--	--	--

City *Postal Code*

Nama tersebut di atas adalah Pihak Yang Diasuransikan pada PT Asuransi Allianz Life Syariah 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 Syariah 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 conditio /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 Colitis Ulserativa atau penyakit Chron's pada pasien.
Please describe the symptoms of Ulcerative Colitis or Chron's disease suffered by the patient

3. Apakah penyakit Colitis Ulserativa atau penyakit Cronh's yang diderita pasien sudah ada:
Has the Ulcerative Colitis or Crohn's Disease suffered by the patient already caused:

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Pengangkatan total usus besar;</u> <i>Total colectomy and ileostomy;</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Pengangkatan sebagian/beberapa bagian dari usus dengan beberapa kali pembedahan yang berbeda;</u> <i>Partial colectomy or ileostomy with several different surgeries;</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Ascending sclerosing cholangitis sebagai penyakit penyerta dengan penyakit ini;</u> <i>Ascending sclerosing cholangitis as comorbidities with this disease;</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Hepatitis aktif kronis autoimmune dan sirosis yang dibuktikan dengan pemeriksaan patologi</u> <i>Autoimmune chronic active hepatitis and Cirrhosis that proven with pathology;</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <u>Karsinoma in situ usus besar</u> <i>Carcinoma in situ of colon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit Colitis Ulserativa pada pasien ? Mohon dijelaskan secara rinci
What was the cause of Ulcerative Colitis or Crohn's disease? Please explain in detail

5. Apakah telah dilakukan biopsi dan endoskopi pada pasien ini?

Has the biopsy and endoscopy been done?

	Ya/Yes	Tidak/No
- Endoskopi/Endoscopy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Biopsi/Biopsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium, endoskopi dan biopsi yang mendukung diagnosa beserta kesimpulannya

Please attach results of any examination performed and provide summary/remarks

Pemeriksaan/Examination	Hasil/Result

7. Apakah pasien sudah diberikan pengobatan dengan Imunosupresif atau Imunomodulator? Mohon jelaskan obat yang digunakan

Has the patient given Immunosuppressive or Immunomodulator medication? Please give details of the medication

8. Sudah berapa lama obat-obat Imunosupresif atau Imunomodulator tersebut dikonsumsi oleh pasien?

How long did the patient received the Immunosuppressive or Immunomodulator medication?

9. Apakah obat-obatan Imunosupresif atau Imunomodulator diberikan secara terus menerus?

Did the Immunosuppression or Immunomodulator medication given continuously to the patient?

Ya/Yes

Tidak/No

Untuk berapa lama obat imunosupresif atau imunomodulator diberikan kepada pasien?

For how long the immunosuppression or immunomodulatory was taken by the patient?

10. 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.

11. 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

	Alamat/Address

12. 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.

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("**Perubahan**") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

*The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("**Change**") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurat*

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

PERHATIAN / ATTENTION:

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA. ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.