

**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT**  
**HIV KARENA TRANSFUSI DARAH/PEKERJAAN-FULL BLOWN AIDS-HEPATITIS B**  
**atau C KARENA PEKERJAAN**

*HIV OBTAINED THROUGH BLOOD TRANSFUSION AND OCCUPATION-FULL BLOWN AIDS-  
OCCUPATIONAL ACQUIRED HEPATITIS B OR C*

**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 is 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, 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 dari pasien tersebut?**  **Ya**  **Tidak**  
*Are you the family doctor of the patient?* *Yes* *No*

**Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama?**  -  -  **tgl-bln-thn**  
*If "yes", since when and for how long?* *dd-mm-yyyy*

2. **Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?**  
*When you first provide consultation for the condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?*

3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas?  
*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 jelaskan  
*Related to the above symptoms, did the patient take any medication or visited doctor? Please explain*

5. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas 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 diseases? Please give explanation about the disease/symptoms and since when it was 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/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir.  
*Please provide the name and address of the doctors/hospitals which patient had attended and the date of last attendance*

Nama/ <i>Name</i>	Alamat/ <i>Address</i>

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, dan kapan diagnosa ditegakan.  
Please provide the detail diagnosis and since when the diagnosis is established

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala penyakit yang diderita pasien dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul  
Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear.

3. Apakah didapatkan hasil pemeriksaan CD 4 < 200 (dua ratus) sel/ $\mu$ L? Ya/Yes Tidak/No  
Is the examination of CD4 cell count of less than 200 (two hundred) cell/ $\mu$ L?

Mohon tuliskan hasil pemeriksaan CD 4 pada pasien  
Please write the results of Patient's CD 4 examination

4. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?  
Based on the examination, is the patient suffered from :
- |   | Ya/Yes                   | Tidak/No                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Turun berat badan sebanyak 10 % dari berat badan selama jangka waktu enam (6) bulan atau kurang (sindrom wasting)<br><i>Weight loss of more than 10% of body weight over a period of six (6) months or less (wasting syndrome)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sarkoma kaposi/Kaposi Sarcoma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pneumonia Pneumocystis Carinii/Pneumocystis Carinii Pneumonia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Leukoensefalopati Multifokal Progresif/Progressive multifocal leukoencephalopathy  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tuberkulosis aktif/Active Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Limfosit kurang dari 1.000 (seribu)/Less than one-thousand (1000) Lymphocytes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Limfoma ganas/Malignant Lymphoma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Pemeriksaan penunjang apa saja yang telah dilakukan (termasuk anti HIV, tes Western Blot, CD4) dan bagaimana hasilnya?  
What kind of examination/diagnostic test done for the above symptom/disease (include anti HIV, Western Blot test, CD4) and how is the result?

6. Apakah penyakit yang dialami pasien diakibatkan oleh transfusi darah?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is the patient's disease caused by blood transfusion?*

Jika Ya, kapan transfusi darah tersebut dilakukan?   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If yes, when the blood transfusion is done?* dd-mm-yyyy

Jika Ya, Apakah transfusi darah tersebut merupakan bagian dari pengobatan?  
*If Yes, Is the blood transfusion part of the medication process?*

7. Apakah penyakit yang dialami pasien diakibatkan oleh karena suatu kecelakaan akibat pekerjaannya?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is the patient's disease caused by an accident in workplace?*

• Jika Ya, kapan kecelakaan kerja tersebut terjadi?   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If yes, when did the work accident occur?* dd-mm-yyyy

8. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Hepatitis B atau C sebelum transfusi darah atau kecelakaan kerja yang terjadi?  Ya/Yes   
*Has a hepatitis B or C examination been done before a blood transfusion or work accident to this patient?*

• Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If Yes, when is the examination done?* dd-mm-yyyy

• Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan Hepatitis B atau C tersebut? Mohon dapat dilampirkan  
*If yes, how are the results of the Hepatitis B or C examination? Please attach*

9. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Hepatitis B atau C setelah transfusi darah atau kecelakaan kerja yang terjadi?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Has a hepatitis B or C examination been done after a blood transfusion or work accident to this patient?*

• Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If Yes, when is the examination done?* dd-mm-yyyy

• Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan Hepatitis B atau C tersebut? Mohon dapat dilampirkan  
*If yes, how are the results of the Hepatitis B or C examination? Please attach*

10. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan HIV sebelum transfusi darah atau kecelakaan kerja yang terjadi?  Ya / Yes  Tidak / No  
*Has a HIV examination been done before a blood transfusion or work accident to this patient?*

• Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If Yes, when is the examination done?* dd-mm-yyyy

• Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan HIV tersebut? Mohon dapat dilampirkan  
*If yes, how are the results of the HIV examination? Please attach*

11. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan HIV setelah transfusi darah atau kecelakaan  Ya/Yes  Tidak/No  
kerja yang terjadi?

*Has a HIV examination been done after a blood transfusion or work to this patient?*

• Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If Yes, when is the examination done?* *dd-mm-yyyy*

• Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan HIV tersebut? Mohon dapat dilampirkan  
*If yes, how are the results of the HIV examination? Please attach*

12. Apakah obat-obatan yang telah diberikan sehubungan dengan gejala/penyakit diatas?

*What kind of medication given for the above symptoms/diseases?*

13. a. Apakah penyakit yang diderita saat ini merupakan penyakit primer atau merupakan komplikasi dari penyakit lain? Mohon jelaskan.

*Does the patient suffer from the primary disease or complications from other diseases? Please explain.*

b. Jika bukan merupakan penyakit primer, mohon jelaskan secara rinci sumber penyakitnya dan sejak kapan diderita.

*If it is not a primary disease, please explain in detail what cause of the disease and since when the patient has been suffered*

c. Apakah penyakit berhubungan dengan pekerjaan dan/atau kebiasaan pasien? mohon jelaskan jenis pekerjaan atau kebiasaan tsb.

*Does the disease related to his/her occupation and/or hobbies? Please give the details of occupation and/or hobbies*

14. 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

15. 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 accurate.*

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.