

# **SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT KOMA & EPILEPSI-COMA & EPILEPSY**

**RAHASIA/CONFIDENTIAL**

No. Polis - Kode Cabang :  -

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
*Patient's Name*

Tanggal Lahir :  -  -  tgl-bln-thn  
*Birth date* dd-mm-yyyy

Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Occupation

Alamat : ...

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, 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?  
Are you the family doctor of the patient above?

Ya  
Yes

Tidak  
No

Jika "ya", sudah 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 you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had symptoms been present?*

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

3. Berdasarkan ANAMNESA, 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>

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 dan berikan tanggal konsultasi terakhir

*Please give us the name and address of doctors/hospitals visited by the patient and the date of last attendance*

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 your diagnosis in details*

--	--

Mohon jelaskan mengenai kejadian yang menyebabkan cidera, penyakit atau kondisi diatas (termasuk tanggal kejadian)

*Please provide the cause of injury, disease or condition as stated above (include the event date)*

--	--

2. Berapa lama (dalam jam) pasien dalam keadaan koma?

*How long (in hour) patient in coma?*

--	--

3. Alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan pasien?

*What life-supporting tools that required by patient?*

--	--

4. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan dari koma? Mohon lampirkan hasil pemeriksaan

*What kind of examination done to confirmed the coma condition. Please attached with the examination result.*

--	--

5. Menurut Anda, apakah pasien mengalami keterbatasan, baik secara fisik maupun mental, yang timbul sebagai akibat kerusakan otak dari koma tersebut ? Jika Ya, mohon jelaskan.  
*Please give the details on neurological sequalae or neurological deficit related brain defect caused by coma*

6. Apabila pasien didiagnosa EPILEPSI, mohon penjelasan mengenai:  
*If the patient was diagnosed with EPILEPSY, please give details about:*

- a. Dasar diagnosa EPILEPSI tersebut? Mohon dijelaskan dan lampirkan hasilnya  
*The basis of diagnosis? Please explain the result of EEG, MRI, PET and also provide the result*

- b. Frekuensi serangan EPILEPSI dalam satu minggu?  
*Frequency of Epilepsy attack in one week?*

- c. Obat-obatan anti EPILEPSI yang diberikan?  
*Antiepileptic drugs that prescribed to the patient?*

- d. Sudah berapa lama pasien mengkonsumsi obat-obatan anti EPILEPSI tersebut?  
*How long have the patient been taking those Antiepileptic drugs?*

Kurang dari enam bulan  
*Less than six months*

Lebih dari enam bulan  
*More than six months*

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

N a m a/Name	A l a m a t/Address

8. 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 :

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.

**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**