

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
KOMPLIKASI DIABETES - DIABETES MELITUS YANG BERGANTUNG INSULIN
DIABETES COMPLICATION - INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

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 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 had the symptom been present?

3. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini ? Mohon jelaskan 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 / symptom and since when was it detected

Penyakit - Gejala / Disease - Symptom	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 / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya

Please give us the name and address of doctors / hospitals visited previously 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 patient's habits in smoking, alcohol, and drug abuse? Please explain type, daily average consumption

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci

Please provide your diagnosis

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

First time diagnosis was made

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

Please describe in detail the illness, and when symptoms of the illness begin to appear.

3. Apakah secara klinis pasien sudah mengalami:

Has the patient clinically suffered from:

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Retinopati Diabetika</u> <i>Diabetic Retinopathy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Nefropati Diabetika</u> <i>Diabetic Nephropathy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Amputasi</u> <i>Amputation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Koma Diabetik</u> <i>Diabetic coma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jika sudah dilakukan tindakan AMPUTASI, mohon diberikan informasi lebih rinci mengenai anggota tubuh yang diamputasi

If there's amputation done, please explain in detail about limb amputees

5. Untuk AMPUTASI, apakah amputasi yang dilakukan untuk mengobati gangrene yang terjadi karena komplikasi dari kencing manis? Ya/Yes Tidak/No
For AMPUTATION, Is the amputation done to treat gangrene that occurred due to complication of diabetes?

6. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, apakah diperlukan tindakan perawatan laser pada pasien? Ya/Yes Tidak/No
For Diabetic Retinopathy, is the laser treatment needed for this patient?

7. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya?
For Diabetic Retinopathy, please explain the details of examination done and the result

8. Untuk NEFROPATI Diabetika, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya?
For Diabetic Nephropathy, please explain the details of examination done and the result

9. Untuk NEFROPATI DIABETIKA, apakah didapatkan kondisi berikut:
For Diabetic Nephropathy, have you found:

a. Hasil pemeriksaan eGFR kurang dari 30 ml/menit/1.73 m² Ya/Yes Tidak/No
eGFR less than 30 ml/min/1.73 m²

b. Hasil pemeriksaan Proteinuria terus-menerus diatas 300 mg/24 jam Ya/Yes Tidak/No
Proteinuria greater than 300 mg/24 hours

10. Untuk KOMA DIABETIK, apakah didapatkan kondisi berikut:
For DIABETIC COMA, have you found:

a. Keadaan tidak sadar tanpa reaksi terhadap rangsangan eksternal dan internal Ya/Yes Tidak/No
A state of unconsciousness with no reaction to external dan internal stimuli

b. Disebabkan oleh komplikasi diabetes Ya/Yes Tidak/No
Complication from diabetes

c. Membutuhkan alat peninjangan kehidupan secara terus-menerus selama periode 72 jam Ya/Yes Tidak/No
Requires the use of life support systems for a continuous period of at least 72 hours **Jika Ya, berapa lama (dalam jam) pasien diperlukan alat penunjang kehidupan**
If Yes, How long (in hour) patient requires the use of life support systems?

d. Menyebabkan defisit neurologis permanen dengan gejala klinis yang menetap Ya/Yes Tidak/No
Results in Permanent Neurological Deficit with persisting clinical symptoms

Jika Ya, mohon jelaskan defisit neurologis permanen yang dialami pasien
If Yes, please explain the permanent neurological deficit in this patient

10. Terapi apa saja yang sudah diberikan selama ini?
What is the treatment being done for this patient?

11. Apakah pasien mendapatkan terapi insulin harian? Ya / Yes Tidak / No
Does the patient get daily insulin therapy?

Jika Ya, Sejak kapan terapi insulin harian diberikan? - - Tgl-Bln-Thn
If Yes, Since when daily insulin therapy is given? dd-mm-yyyy

12. 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.

13. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors / hospitals for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

14. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu kami untuk memproses 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.*