

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
OPERASI SCOLIOSIS IDIOPATIK - SURGERY FOR IDIOPATHIC SCOLIOSIS

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 adalah dokter keluarga pasien? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No

Jika "ya", sudah berapa lama Anda mengenal pasien? _____
If "yes", how long have you known the insured?

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 symptom and how long had the symptom been present?

3. Berdasarkan **ANAMNESA**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon uraikan jenis 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/symptoms and since when was it detected

Gejala-Penyakit/Symptom-Disease	Pertema 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

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci dan sejauh mana tingkat ketidaknormalan Tulang Belakang tersebut

Please explain your diagnosis and the abnormality level of the spine

Mohon jelaskan sejauh mana tingkat kelainan dari Tulang Belakang tersebut

Please explain the abnormality level of the spine

2. Apakah posisi/kemiringan kurva tulang belakang sudah melebihi dari 40 derajat Cobb? Mohon dijelaskan

Is the position of the curve of the spine more than 40 degree Cobb? Please explain

3. Apakah Scoliosis yang diderita Tertanggung bersifat Idiopatik? Mohon dijelaskan apa penyebab kelainan tersebut

Is the insured suffered from Scoliosis Idiopathic? Please explain the cause of spine abnormality

4. Apakah kelainan bentuk tulang belakang ini merupakan suatu kelainan bawaan (kongenital)?

Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan Anda.

Is the cause of spine abnormality related to congenital disorder? Please describe and attach the examination results

5. Mohon jelaskan apakah kelainan bentuk tulang belakang ini ada hubungan dengan penyakit neuromuscular? Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan Anda.

Please explain if there was any connection of spinal deformity with neuromuscular disease? Please describe and attach the results of your examination

6. Mohon jelaskan apakah sudah dilakukan operasi untuk mengkoreksi kelainan tulang belakang sehingga menjadi normal yang berbentuk garis lurus (yang tampak dari punggung) dan kapan dilakukan?

Please explain if surgery was performed to correct curvature of the spine into a normal straight line (that looked from the back) and when is the surgery done?

7. 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

8. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan

Please attach the results of that examination has been done with conclusion

9. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini

If there is any further information which will assist our claim department 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.