

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
TRANSPLANTASI ORGAN VITAL - VITAL ORGAN TRANSPLANTATION
TERMINAL ILLNESS**

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 Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerja sama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name is insured with PT Asuransi Allianz Life 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? _____ 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 the symptoms been present?

--	--

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

Keluhan / symptoms	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 / 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

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 insured's habits in smoking, alcohol, and drug abuse ? What kind and how many a day?

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosis secara rinci

Please provide your diagnosis.

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

When was the first time diagnosis made?

2. a) Apakah penyakit fungsi organ ini sudah memasuki tahap akhir?

Is this illness has come to the last stage?

Ya
Yes

Tidak
No

b) Apakah sebelumnya pasien telah menjalani pengobatan secara teratur?

Did the patient take medication therapy regularly?

Ya
Yes

Tidak
No

c) Apakah transplantasi organ telah dilakukan?

Has the transplantation been done yet?

Jika YA, mohon sebutkan tanggalya.

- -

Tgl-Bln-Thn

If the answer is yes, please mention when (date of transplantation)

dd-mm-yyyy

d) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi ?

If the answer is no, have you make the transplantation schedule ?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika YA, kapan akan dilakukan ?

- -

Tgl-Bln-Thn

Please mention when will the transplantation be done

dd-mm-yyyy

3. Bila pasien didiagnosa menderita suatu **Terminal Illness**, bagaimanakah harapan hidup pasien?

Mohon uraikan berapa lama (tahun) pasien akan mampu bertahan hidup dan berikan alasannya?

*If the patient has been diagnosed for **Terminal Illness**, how is the life expectation?*

Please explain for how many years patient will survive and give the reason



4. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas **beserta kesimpulan**

Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis

Jenis Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

5. 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

6. 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.