

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT KANKER - CANCER

RAHASIA/CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang
Policy Number - Branch Code

$$\begin{array}{|c|c|c|c|c|c|c|c|c|c|} \hline & & & & & & & & & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array}$$

Nama Pasien
Patient's Name

[illegible]

Tanggal Lahir
Birth date

$$\boxed{} - \boxed{} - \boxed{}$$

tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

No. KTP/SIM
ID Card No.

[illegible]

Pekerjaan
Occupation

Alamat
Address

Kota:
City

Kode Pos:
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 kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name are 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 dokter keluarga pasien tersebut?
Are you the family doctor of the patient above?

7

Ya/Yes

7

☐ Tidak/*No*

Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama Anda mengenal pasien?
If "yes", since when and how long did you know the patient?

$$\begin{array}{ccccccc} | & | & | & - & | & | & - & | \\ \hline \end{array}$$

tgl-bln-thn
dd-mm-yy

2. Klaim kanker yang diajukan untuk penyakit di bawah ini:*Cancer claim submitted for the following conditions*

- ☐ Kanker/ *Cancer*
- ☐ Karsinoma in situ pada organ tertentu/ *Carcinoma in situ in specific organs*
- ☐ Karsinoma in situ dan tahap awal pada organ tertentu yang dilakukan pembedahan radikal/ *Carcinoma in situ and early-stage cancer in specific organs that undergo radical surgery*
- ☐ Kanker prostat tahap awal/ *Early-stage prostate cancer*
- ☐ Kanker tiroid tahap awal/ *Early-stage thyroid cancer*
- ☐ Kanker kandung kemih tahap awal/ *Early-stage bladder cancer*
- ☐ Melanoma tahap awal/ *Early-stage melanoma*
- ☐ Leukemia limfositik kronis tahap awal/ *Early-stage chronic lymphocytic leukemia*
- ☐ Kanker dengan metastasis/ *Cancer with metastasis*

3. 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 the symptoms been present?*4. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut?*Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present?*5. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter? Mohon dijelaskan*Related to the above symptoms, did the patient take any medication or visited doctor? Please explain*6. Dari 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>

7. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?*When did the patient first become aware of the disease?*

8. Mohon berikan nama dan alamat dokter/RS yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir
Please provide the name and address of doctors/hospitals which patient had attended and the date of last attendance

Nama/Name	Alamat/Address

9. 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
Please provide the diagnosis in details

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?
First time diagnosis was made

2. Sebutkan jenis kanker dan organ tubuh yang terkena?
Please describe about cancer's type and which organ is affected?

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik). Mohon lampirkan hasilnya
Please explain the Pathology Anatomy result (macroscopy and microscopy). Please attached a copy

4. Mohon jelaskan mengenai stadium dari penyakit kanker yang diderita pasien
Please explain the stage of the cancer suffered by the patient

5. Mohon gambarkan keadaan ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang sesuai
Please describe this using the appropriate staging classification

6. Apakah kanker terlokalisir secara lengkap?
Was the cancer completely localised?

7. Adakah ada penyebaran pada jaringan-jaringan disekitarnya? Mohon dijelaskan
Was there any invasion to the surrounding tissue? Please explain

8. Apakah kelenjar-kelenjar getah bening sekitarnya terinfeksi?
Were regional lymph nodes involved?

9. Apakah ada penyebaran ke organ tubuh yang berjauhan? Mohon dijelaskan
Were there any distance metastase to other organ? Please explain

10. Apakah ada penyebaran ke otak?
Is there any metastase to brain?

☐ Ya/ Yes

☐ Tidak/ No

Mohon penjelasan TS
Please explain

11. Apakah ada bukti bertambahnya ukuran tumor?
Are there any evidence of increasing tumor size?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak/No

Jika Ya, mohon jelaskan dengan detail dan dilampirkan hasil pemeriksaan penunjang
If Yes, please explain in detail and attached the result

12. Apakah ada gejala memburuknya disfungsi neurologis?
Are there any symptoms of worsening neurological dysfunction?

☐ Ya/Yes

☐ Tidak/No

Jika Ya, mohon jelaskan dengan detail
If Yes, please explain in detail

13. Untuk penyakit LEUKEMIA, mohon berikan rincian mengenai jenis LEUKEMIA dan stadium (berdasarkan RAI)
For LEUKEMIA, please provide details of LEUKEMIA type and staging (RAI staging)

14. Untuk MELANOMA MALIGNA, mohon berikan informasi mengenai stadium (berdasarkan Breslow dan Clark Level)
For MELANOMA MALIGNUM, please provide details of staging (based on Breslow and Clark Level)

15. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta Kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium with the summary

16. Obat-obatan apa saja yang sedang dikonsumsi pasien sehubungan dengan gejala atau penyakit diatas?
What kind of medication did the patient consumed related to the above symptom or disease?

17. Mohon penjelasan mengenai operasi yang telah dilakukan (pengangkatan sebagian atau seluruh organ)
Please explain about surgery that done to this patient (partial or complete organ removal)

18. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/ rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals referral for further treatment.

Nama/Name	Alamat/Address

19. 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.