

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT KAWASAKI
KAWASAKI DISEASE**

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang : -
Policy Number - Branch Code

Nama Pasien :
Patient's Name

Tanggal Lahir : - - tgl-bln-thn
Birth date dd-mm-yy

No. KTP/SIM :
ID Card No.

Pekerjaan :
Occupation

Alamat :
Address

Kota : Kode Pos :
City Postal Code

Nama tersebut di atas adalah bertanggung 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 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, 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 dokter keluarga pasien tersebut diatas? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No

Jika "ya", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi pasien? - - tgl-bln-thn
If "yes", since when, have you been the regularly visited medical attendant of the patient? dd-mm-yy

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
When were you first consulted for this condition and, at that time, how long had the symptoms been present?

3. Menurut pasien sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan?
On what date did the illness commence?

4. Berapa lama gejala tersebut menurut anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.
Based on your anamnesis, how long were the symptoms last felt? Please explain the reason

5. Dari ANAMNESA anda, apakah pasien sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness?
Please state what kind of illness/complaints and since when was it detected?

Gejala - Penyakit / Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi / First detected

6. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?
When did the patient first become aware of his/her illness?

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.
Please provide the name and address of the doctors/ specialist/ hospitals which the patient had attended and the date of last attendance.

Nama / Name	Alamat / Address

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci
Please provide your diagnosis

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

2. Apakah penyakit Kawasaki yang diderita pasien sudah menyebabkan komplikasi di Jantung berupa pelebaran / aneurisma arteri koroner ? Jika Ya, mohon jelaskan mengenai komplikasi dan sejak kapan komplikasi di Jantung terjadi.
Is Kawasaki disease in this patient caused complications to the heart : dilatation or aneurysm formation in the coronary arteries ?
If yes, please explain about the complications and since when it happened

3. Sudah berlangsung berapa lama komplikasi di jantung pada pasien akibat penyakit Kawasaki ini?
Mohon dijelaskan secara rinci.
How long had patient suffered from heart complications in Kawasaki disease?
Please explain in details

4. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda
Please attach test results that have been done and your conclusions.

5. Apa penyebab penyakit Kawasaki pada pasien? Mohon jelaskan
What was the cause of Kawasaki disease in patient? Please explain in detail

6. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?
What is the treatment being done for the recovery and medication that patient having right now?

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals, the patient has been referd to any doctors

Nama / Name	Alamat / Address

8. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda 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.

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan bahwa semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar.

I hereby certify that I am the Doctor who treated the patient and all information in this form is correct.

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