

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
KEMATIAN SELAPUT OTOT ATAU JARINGAN (GANGREN)
NECROTISING FASCIITIS (GANGRENE)**

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 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 disease. 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 ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No

Jika "ya", berapa lama anda mengenal pasien ? _____
If "yes", 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 did you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had symptoms been present ?

3. Berdasarkan 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 / Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi / First detected

4. Kapan pasien pertama kali 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 dan berikan tanggal konsultasi terakhir
Please give us the name and address of doctors / hospitals which patient had attended and the date of last attendance

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenis dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide 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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci
Please provide your diagnosis in details

--

2. Mohon jelaskan gejala klinis kematian selaput otot atau jaringan (gangrene) yang ada pada pasien.
Please explain about symptoms of Necrotising Fasciitis (gangrene) in patient

--

3. Apakah penyebab dari kematian selaput otot atau jaringan (gangrene) yang diderita pasien ? Mohon dijelaskan secara rinci
What is the cause of Necrotising Fasciitis (gangrene) ? Please give detail explanation

--

4. Apakah kerusakan otot pada pasien cukup luas sehingga menyebabkan kehilangan yang total dan menetap pada tubuh pasien ? Mohon jelaskan bagian tubuh mana yang terkena dampaknya
Was the muscular destruction extensive enough and resulting a total and permanent loss of the body ? Please give any information which part of the body that affected

--

5. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan lain-lain yang mendukung diagnosis penyakit, beserta kesimpulan
Please attached any laboratory test that have been done and the conclusions.

Jenis Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

6. 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 refferal for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

7. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dariklaim ini.
If there is any further information which will assist us in assessing this claim, please give details.

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar
I hereby certify that I am the Doctor who treated 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