

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
LUKA BAKAR - COMBUSTIO

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 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, 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 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 do you know 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 had the symptoms been present ?

3. Berdasarkan **ANAMNESIS**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaa pada saat ini ? Mohon jelaskan penyakit / keluhan apa saja & sejak kapandiderita pasien ?
Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related diseases ? Please give explanation about the disease / symptom and since when was it detected.

Penyakit - Gejala / Disease - Symptom	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 dan berikan tanggal konsultasi terakhir
Please give us the name and address of doctors / hospitals visited by the patient 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 jenisnya 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 jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide the details of diagnosis

--

Mohon jelaskan peristiwa terjadinya luka bakar serta tanggal kejadian
Please provide the incident and when it occurred

--

2. Bagaimana derajat dari kerusakan kulit dan luas permukaan tubuh yang terjadi akibat luka bakar ini ?
Please explain about skin damaged / skin layers damage and total wide surface area of the patient's body caused by this injured (degree/ Level of burn)

Derajat 1 / Degree 1 : Luas Permukaan Tubuh / total wide surface area %
Derajat 2 / Degree 2 : Luas Permukaan Tubuh / total wide surface area %
Derajat 3 / Degree 3 : Luas Permukaan Tubuh / total wide surface area %

3. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach results of any examination performed and provide remarks if any

--

4. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk saat ini ?
What kind of treatment or medication is being done until now ?

5. Apakah dilakukan cangkok kulit pada pasien? Ya/Yes Tidak/No
Is a skin grafted in this patient?

Jika Ya, berapa persentase permukaan tubuh pasien yang dilakukan cangkok kulit?
If yes, how many percentage of the patient's body surface skin grafted?

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

Nama / Name	Alamat / Address

7. 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

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 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