

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
OPERASI SCOLIOSIS IDIOPATIK - SURGERY FOR IDIOPATHIC SCOLIOSIS

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 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 ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No
Jika "ya", sudah berapa lama anda mengenal pasien ? _____
If "yes", how long have you known the insured ?

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 symptom and how long had the symptom been present ?

3. Berdasarkan **ANAMNESIS**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon uraikan jenis 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 / symptoms and since when was it detected

Gejala - Penyakit / Symptom - Disease	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

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci dan sejauh mana tingkat ketidaknormalan Tulang Belakang tersebut
Please explain your diagnosis and the abnormality level of the spine

--

Mohon jelaskan sejauh mana tingkat kelainan dari Tulang Belakang tersebut
Please explain the abnormality level of the spine

--

2. Apakah posisi / kemiringan kurva tulang belakang sudah melebihi dari 40 derajat Cobb ? Mohon dijelaskan
Is the position of the curve of the spine more than 40 degree Cobb ? Please explain

--

3. Apakah Scoliosis yang diderita Tertanggung bersifat Idiopatik ? Mohon dijelaskan apa penyebab kelainan tersebut
Is the insured suffered from Scoliosis Idiopathic ? Please explain the cause of spine abnormality

--

4. Apakah kelainan bentuk tulang belakang ini merupakan suatu kelainan bawaan (kongenital) ?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.
Is the cause of spine abnormality related to congenital disorder ? Please describe and attach the examination results

--

5. Mohon jelaskan apakah kelainan bentuk tulang belakang ini ada hubungan dengan penyakit neuromuscular ?

Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.

Please explain if there was any connection of spinal deformity with neuromuscular disease ?

Please describe and attach the results of your examination

6. Mohon jelaskan apakah sudah dilakukan operasi untuk mengkoreksi kelainan tulang belakang sehingga menjadi normal yang berbentuk garis lurus (yang tampak dari punggung) dan kapan dilakukan ?

Please explain if surgery was performed to correct curvature of the spine into a normal straight line (that looked from the back) and when is the surgery done ?

7. 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

8. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan

Please attach the results of that examination has been done with conclusion

9. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang 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 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