

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT DAN GAGAL GINJAL - KISTA MEDULLARY - SINDROM NEFROTIK -
GLOMERULONEFRITIS
KIDNEY DISEASE AND FAILURE - MEDULLARY CYSTIC - NEPHROTIC SYNDROME -
GLOMERULONEPHRITIS

RAHASIA / CONFIDENTIAL

Nama Pasien : _____
Patient's Name

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 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 dari pasien diatas?
Are you the family doctor of the patient above ?

Ya Yes Tidak 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 the symptoms been present ?

3. Berdasarkan **ANAMNESA**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita penyakit / gejala 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 untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?

When did the patient first become aware of the disease ?

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya

Please provide the name and address of doctors / specialist/ hospitals visited by the patient previously

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 give details 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 anda secara rinci

Please provide the diagnosis in details

2. Mohon jelaskan gejala-gejala yang ada dan sejak kapan gejala penyakit tersebut muncul.

Please describe in detail the symptoms and since when the symptom appear.

3. Untuk Penyakit Kista Medullary : Apakah secara klinis pasien sudah mengalami :

For Medullary Cystic Disease : Has patient clinically suffered from :

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Anemia
<i>Anaemia</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Poliuria
<i>Polyuria</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Kehilangan sodium melalui ginjal
<i>Loss of sodium through kidney</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Apakah penyakit kista medullary sudah berkembang menjadi gagal ginjal kronis ? Mohon dijelaskan
Has the Medullary Cystic Disease already developed into chronic kidney failure ? Please explain in detail

5. a) Apakah Gagal Ginjal sudah memasuki tahap akhir ?
Is the Kidney Failure in a final stage ?

Ya Tidak
Yes No

b) Apakah diperlukan dialisis ginjal yang teratur atau transplantasi ginjal?
Does it required kidney dialysis or kidney transplantasi?

Ya Tidak
Yes No

c) Apakah pasien sedang menjalani dialisis peritoneal / hemodialisis secara teratur ?
Is the patient being undergone peritoneal dialysis or haemodialysis routinely ?

Ya Tidak
Yes No

d) Apakah transplantasi ginjal telah dilakukan ?
Did patient perform the renal transplantation ?

Ya Tidak
Yes No

Jika YA, mohon sebutkan tanggallnya.
If yes, please state the surgery's date

[] - [] - [] [] Tgl-Bln-Thn
dd-mm-yyyy

e) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi ?
If the transplantation not perform, is there any plan for it ?

Ya Tidak
Yes No

Jika YA, kapan akan dilakukan ?
If yes, when would it be done ?

[] - [] - [] [] Tgl-Bln-Thn
dd-mm-yy

f) Apakah telah dilakukan operasi pengangkatan salah satu ginjal ?
Did patient perform the surgery of one kidney removal ?

Ya Tidak
Yes No

Jika YA, mohon sebutkan tanggallnya.
If yes, please state the surgery's date

[] - [] - [] [] Tgl-Bln-Thn
dd-mm-yyyy

g) Apakah telah terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus ?
Has the Insured suffered from severely decreased of eGFR ?

Ya Tidak
Yes No

- Jika YA, berapa hasil GFR pasien?
If yes, how much the result of GFR in patient?

[] ml/min/1.73m²

- Berapa lama sudah terjadi penurunan nilai GFR?
How long has been a decline of GFR?

- Kapan terakhir kali dilakukan pemeriksaan GFR?
When was the examination of GFR done the last time?

[] - [] - [] [] Tgl-Bln-Thn
dd-mm-yy

h) Apakah terjadi kehilangan fungsi ginjal secara permanen dan tidak dapat disembuhkan?
Is there permanent and irrecoverable loss of renal function?

Ya Tidak
Yes No

6. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
Based on the examination, is the patient suffered from :

- a. Edema yang disebabkan oleh kehilangan protein pada ginjal ?
Oedema caused by renal protein loss Ya Yes Tidak No
- b. Hipoalbuminemia < 25 g/l
Hypoalbuminaemia < 25g/l Ya Yes Tidak No
- c. Proteinuria > 150 mg/m2/jam (> 3.6g/m2/hari)
Proteinuria > 150 mg/m2/hour (> 3.6g/m2/day) Ya Yes Tidak No
- d. Terjadi kambuhnya sindrom nefritik parah seperti disebutkan diatas (seperti yang diuraikan pada poin a sampai poin c)
Occurs relapses of the above defined severe nephrotic syndrome (as defined under a to c) Ya Yes Tidak No

Jika Jawaban "Ya" :

If the answer is "Yes" :

- Berapa kali terjadi kambuhnya sindrom nefrotik parah pada pasien dalam kurun waktu 12 bulan setelah sindrom nefrotik parah pertama?

How many times occurs relapses of severe nephrotic syndrome in patients within 12 months after the first severe nephrotic syndrome?

< 4 (empat) kali
< 4 (four) times ≥ 4 (empat) kali
 ≥ 4 (four) times

- Kapan terjadi kambuhan sindrom nefrotik parah tersebut?
When did relapses of severe nephrotic syndrome occur?

I : _____
II : _____
III : _____
IV : _____

- Apakah dibutuhkan perawatan terus menerus selama paling tidak 6 (enam) bulan ?
Is it required continuous treatment for at least 6 (six) months? Ya Yes Tidak No

7. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (biopsi ginjal, USG, MRI, laboratorium, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach test results (renal biopsy, USG, MRI, laboratory, etc) that have been done and the conclusions.

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

8. Apakah obat-obatan yang sedang digunakan saat ini sehubungan dengan penyakit diatas ?
What is the treatment / medication given to the patient for the above disease ?

--

9. Bagaimana keadaan pasien saat ini, dan bagaimana prognosisnya ? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the current state of the patient and how is the prognosis ? Please explain in detail.

For more information about the study, please contact Dr. [REDACTED] at [REDACTED].

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

Nama / Name	Alamat / Address

11. 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

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

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