

## SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT SKLERODERMA PROGRESIF - PROGRESSIVE SCLERODERMA

**RAHASIA / CONFIDENTIAL**

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

Nama pasien :                       
*Patient's Name*

Tanggal Lahir :    -   -        
*Birth date* *tgl-bln-thn*  
*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 di atas. 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 disease  
To enable us to 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.

*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 merupakan 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 have you known 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 and how long had the symptoms been present ?*

3. Berdasarkan ANAMNESISA, 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*

<i>Penyakit - Gejala / Disease - Symptoms</i>	<i>Pertama Kali Terdeteksi / First Time Detected</i>

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?  
*When the patient first become aware of the illness ?*

--

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien  
*Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals visited by the patient*

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 exact details of the diagnosis.*

--

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.  
*Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear*

--

3. Apakah Skleroderma Progresif yang diderita pasien sudah bermanifestasi secara sistemik ?  
Mohon dijelaskan secara rinci organ tubuh mana yang sudah terkena.  
*Does Progressive Scleroderma suffered by the patient already manifest into a systemic ?*  
*Please explain in detail the organs which already exposed*

--

4. Apakah sudah dilakukan biopsi dan pemeriksaan serologis?  Ya / Yes  Tidak / No  
*Had any biopsy and serology test been done?*

Jika ya, mohon dilampirkan hasil biopsi dan pemeriksaan serologis  
*If Yes, please attach the examination result*

5. Apakah penyakit pada pasien telah menyebabkan/ *Has the patient's disease caused :*

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Ya / Yes                 | Tidak / No               |
| a. <u>Deposit kalsium pada kulit (calcinosis)</u><br><i>Deposits of calcium (calcinosis)</i>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Penebalan kulit jari tangan atau kaki (sclerodactily)</u><br><i>Skin thickening of the finger or toes (sclerodactily)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. Kelainan pada oesophagus    
*Oesophagus disorder*
- d. Telangectasia    
*Telangectasia (dilated capillaries)*
- e. Spasme arteri pada ekstremitas    
*Artery spasms in the extremities*

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan ( biopsi, hasil serologi, USG, laboratorium dll ) yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attach results of any examination performed ( biopsy, serology, USG, laboratory report etc ) and the summary*

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?  
*What kind of treatment or medication is being done for the recovery and what kind of medicine has been given up until now ?*

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

9. 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

10. 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 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 the information in this form is true.*

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*