PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - *MEDICAL CERTIFICATE*

PENYAKIT JANTUNG (termasuk Serangan Jantung, Penggantian Katup, Operasi Pembuluh Aorta , Jantung Koroner, Kardiomiopati, Angioplasti, Pulmonari Arterial Hipertensi Primer)

HEART DISEASES (include Heart Attack, Heart Valve & Aortic Surgery, Coronary Artery Disease, Coronary Heart Diseases, Cardiomyopathy, Angioplasty, Primary Pulmonary Arterial Hypertension

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 dokter keluarga pasien tersebut ? ☐ Ya ☐ Tidak
   Are you the family doctor of the patient ? *Yes* *No*

   Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama anda mengenal pasien ? __ - __ - __ tgl-bln-thn
   If "yes", since when and how long do you know the patient ? *dd-mm-yy*

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul ? (seperti detak jantung tidak normal, nyeri dada, edema, sesak nafas dan lain-lain).
   When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present ? (e.g. abnormal heart beat, chest pain, oedema, breathing difficulty etc.)

3. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? (tekanan darah tinggi, angina, demam rematik atau penyakit pembuluh darah lain).
Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related diseases ? (hypertension, angina, rheumatic fever, or any other vascular disease). Please state what kind of illness/complaints 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 dan berikan tanggal konsultasi terakhir
Please provide the name and address of the doctors/ hospitals which the 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 and obat terlarang.
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please give details 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 penyakit pasien secara rinci
Please provide the diagnosis in detail

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?
First time diagnosis was made

2. Mohon dijelaskan hasil pemeriksaan kateterisasi jantung.
Please explain cardiac catheterization result

3. Mohon penjelasan anda mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan pada pasien.
Please explain about surgery that has been done to the patient

4. Mohon disebutkan pembuluh darah jantung mana saja yang dilakukan by-pass grafting
Please explain which of coronary vessel was done by pass grafting

5 Dari hasil pemeriksaan anda, mohon uraikan gejala, tanggal kejadian dan durasi dari gejala yang akut.
Based on your examination, please give details the symptoms, incident date and duration of acute symptoms.

Tanggal / *Date*	Gejala / *Symptoms*	Durasi / *Duration*

6. Dari pemeriksaan fisik, apakah sudah ada gangguan fisik yang bersifat menetap? ☐ Ya ☐ Tidak
Based on physical examination, is there any permanent physical impairment ? *Yes* *No*

7. Dengan menggunakan penggolongan dari The New York Heart Association Functional Classification, termasuk dalam kategori kelas berapakah kondisi pasien tersebut diatas ?
Based on The New York Heart Association Functional Classification, in which class did the patient condition belong ?

8. Tindakan apa yang telah dilakukan sehubungan dengan diagnosa diatas dan bagaimana prosedur dari tindakan tersebut ?
What steps / treatment were taken in relation with the diagnosis and what are the procedure ?

Tanggal / *Date*	Tindakan dan Saran / *Suggestion and Steps*

9. 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*

10. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan (ECG, treadmill, enzim jantung, imaging, angiografi dll)
Please attach results of any examination performed and provide remarks if any (resting ECG, exercise stress tests / treadmill, enzyme assays, imaging, angiography etc).

Pemeriksaan / *Tests*	Kesimpulan / *Results*

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

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