

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT KISTA MEDULAR - MEDULLARY CYSTIC DISEASE

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, 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 diatas ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes 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 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 lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon jelaskan penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related diseases ? 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 give us the name and address of doctors / specialist / hospitals which 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 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 dapat dijelaskan diagnosa 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. Apakah secara klinis pasien sudah mengalami :
Has patient clinically suffered from :

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

4. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit kista medullary ? Mohon jelaskan secara rinci.
What was the cause of Medullary Cystic Disease ? Please explain in detail

--

5. 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

6. 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.

7. 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 ?

8. 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.

9. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals refferal for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

10. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat 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

