

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**MULTIPLE SCLEROSIS - ALZHEIMER - PARKINSON - MOTOR NEURON**  
**CEDERA TULANG BELAKANG - APPALIC SYNDROME - PUTUSNYA PLEXUS BRACHIALIS**

**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 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 adalah 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 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 symptoms and how long had the symptoms been present ?*

3. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.  
*Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related disease ? Please give explanation about the disease / symptom and since when was it detected*

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

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 sebelumnya  
*Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals visited by the patient*

Name / 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 diagnosis in detail*

--

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

--

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

- a. Putusnya 2 atau lebih Plexus Brachialis ?  Ya / Yes  Tidak / No
- b. Defisit neurologis / neurological deficit ?  Ya / Yes  Tidak / No
- c. Gangguan intelektual / intellectual disorder ?  Ya / Yes  Tidak / No

3. Mohon dijelaskan secara rinci sejak kapan dan sejauh mana pasien menderita Putusnya 2 atau lebih Plexus Brachialis, Defisit Neurologis ataupun Gangguan Intelektual ?  
*Please explain since when and the details of the condition above that suffered by the patient*

--

4. Apakah pasien menderita penyakit / cedera saraf tulang belakang sehingga tidak dapat BAK / BAB secara permanen ?  
Jika ya, mohon dijelaskan tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi ketidakmampuan BAK / BAB tersebut  
*Is the patient suffered from disease / accident that causes inability of urinating and defecating permanently ?*  
*If yes, please explain the surgery had done to anticipate the above condition*

--

5. Mohon jelaskan tentang kerusakan / melemahnya fungsi dan koordinasi dari sistem saraf sensorik dan motorik yang terjadi.  
*Please explain the damage / loss of function and coordination of motoric and sensoric nerves*

--

6. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah ditemukan adanya kelemahan pada Saraf Mata, Batang Otak dan Saraf Tulang Belakang pada saat yang bersamaan ? Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.  
*Based on the examination, do you found abnormality in eyes nerves, brain stem and spinal cord at the same time ?  
Please describe the result of the neurological exam.*

7. **Untuk PENYAKIT PARKINSON :** Apakah disebabkan oleh karena efek pengobatan dari penyakit tertentu atau berhubungan dengan penyakit lain seperti Penyakit Wilson atau Huntington Chore ? Mohon dijelaskan  
**For PARKINSON DISEASE :** *Are the disease a result of treatment for other diseases / the use of certain medications, or associated with other diseases such as Wilson's disease or Huntington Chore? Please give details*

8. **Untuk PENYAKIT ALZHEIMER :** Apakah pasien membutuhkan pengawasan terus menerus dalam melakukan aktivitas ?  
Jika Ya, untuk berapa lama ?  
**For ALZHEIMER DISEASE :** *Does the patient requires continuous supervision ? If yes, for how long ?*

9. Pengobatan dan tindakan medis apa saja yang disarankan sehubungan dengan penyakit tersebut ? Mohon dijelaskan  
*What kind of medication and treatment given related to the above disease ? Please explain*

Tanggal / Date	Tindakan dan Saran / Therapy

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

Nama / Name	Alamat / Address

11. Apakah pasien menggunakan alat bantu untuk bergerak seperti tongkat ataupun kursi roda ? Jika Ya, sebutkan alat apa saja yang digunakan dan sudah berapa lama ?  
*Does the patient need supporting tools like stick or wheel chair ?  
If It's Yes, please mention and how long that supporting tools been used.*

12. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan.  
*Please attached with medical report, result of laboratory and supporting diagnostic test*

13. 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*

Catatan / Note :