PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - *DOCTOR'S REPORT*
PANKREATITIS MENAHUN BERULANG - *CHRONIC RELAPSING PANCREATITIS*

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

   Jika "ya", sudah berapa lama anda mengenal pasien tersebut? _____
   If "yes", for how long have you known him/her?

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 symptoms been present ?

3. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala 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 symptom 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

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

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

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
Please provide of thesymptoms and when the first symptom come out.

3. Apakah sudah terjadi kerusakan pankreas yang berat dan progresif pada pasien ?
Bila "Ya", mohon jelaskan dan lampirkan hasii pemeriksaan yang menunjang diagnosa.
Have severe pancreatic damage and progressive on the patient ?
If "Yes", please explain and attach the results of supporting diagnosis test

4. Apakah kondisi pasien disebabkan oleh / *Are the patient's condition caused by :*

a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut; — Ya ☐ Tidak ☐
Recurrent acute pancreatitis for a period of at least 2 years in a row; — *Yes* — *No*

b. Penumpukan kalsium yang merata di pankreas yang dibuktikan dengan pemeriksaan imaging; dan — Ya ☐ Tidak ☐
Generalize calcium deposits in pancreas from imaging study; and — *Yes* — *No*

c. Kegagalan fungsi pankreas yang menahun dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau penyakit kencing manis — Ya ☐ Tidak ☐
Chronic continuous pancreatic function impairment resulting in mal-absorption of intestine (high fat in stool) or diabetes melitus — *Yes* — *No*

5. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan dan lain-lain yang berhubungan dengan laporan di Rumah Sakit yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach results of any examination performed and provide remarks if any

6. Tindakan dan 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?

7. Bagaimana keadaan pasien saat ini, dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the condition of the patient today, and how is the prognosis? please explain in detail

8. 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 which you refer to handle the patient.

N a m a / *Name*	A l a m a t / *Address*

9. 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 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

Catatan / *Note* :