

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 / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya
Please provide the name and address of doctors / specialist/ hospitals visited by the patient previously

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 give details 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 anda secara rinci
Please provide the diagnosis in details

--

2. a) Apakah Gagal Ginjal sudah memasuki tahap akhir ? Ya Tidak
Is the Kidney Failure in a final stage ? Yes No
- b) Apakah pasien sedang menjalani dialisis peritoneal / hemodialisis secara teratur ? Ya Tidak
Is the patient being undergone peritoneal dyalisis or haemodialysis routinely ? Yes No
- c) Apakah transplantasi ginjal telah dilakukan ? Ya Tidak
Did patient perform the renal transplantation ? Yes No
- Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya. - - Tgl-Bln-Thn
If yes, please state the surgery's date dd-mm-yyyy
- d) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi ? Ya Tidak
If the transplantation not perform, is there any plan for it ? Yes No
- Jika YA, kapan akan dilakukan ? - - Tgl-Bln-Thn
If yes, when would it be done ? dd-mm-yy
- e) Apakah telah dilakukan operasi pengangkatan salah satu ginjal ? Ya Tidak
Did patient perform the surgery of one kidney removal ? Yes No
- Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya. - - Tgl-Bln-Thn
If yes, please state the surgery's date dd-mm-yyyy
- f) Apakah telah terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus ? Ya Tidak
Has the Insured suffered from severely decreased of eGFR ? Yes No
- Jika YA, seberapa besar penurunan tersebut ?
If yes, how much was the decrease ?

3. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting diagnosis above

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

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

Nama / Name	Alamat / Address

5. 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