

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**PENYAKIT HATI KRONIS - CHRONIC LIVER 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 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 know the patient ?*

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 the symptom 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 symptom above or any related disease ? Please give explanation about the disease / symptoms 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 did the patient first become aware of the disease ?*

--

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien.  
*Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals visited by the patient*

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 diagnosis in details*

--

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.  
*Please describe in detail the illness, and when symptoms of the illness begin to appear.*

--

3. Apakah penyakit hati tersebut sudah dalam tahap akhir? Jika Ya, apakah ada : Ya/Yes  Tidak/No   
*Has the liver disease on this patient already in final stage? If Yes, is there any sign of :*
- |   | Ya/Yes                   | Tidak/No                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Kuning yang permanent</u><br><i>Permanent jaundice</i>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Ascites</u><br><i>Ascites</i>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Enselofati hapatikus</u><br><i>Hepatic Encephalopathy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit hati kronik ? Mohon jelaskan secara rinci.  
*What was the cause of chronic liver disease on this patient ? Please explain in detail*

5. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan ( tes fungsi hati, USG, laboratorium dll ) yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attach test results (liver function tests, ultrasound, laboratory, etc.) that have been done and its conclusions.*

6. Apakah telah dilakukan biopsi hepar ? Jika Ya, mohon penjelasan anda mengenai hasil biopsy tersebut.  
*Has liver biopsy been done ? If Yes, please kindly explain the result*

6. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?  
*What is the treatment is being done for the recovery and medication that patient having right now?*

7. Untuk **Sirosis Hepatis**, mohon agar dapat diberikan informasi mengenai nilai Skor HAI Knodell  
*For **Liver Cirrhosis** , please give the detail information about HAI Knodell Score*

8. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan ( biopsi atau pengangkatan satu lobus hati )  
*Please explain about surgery that done to this patient ( biopsy or removal one lobus of liver )*

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 rujukan untuk perawatan 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 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 / Notes :