

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT KAKI GAJAH KRONIS - ELEPHANTIASIS

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 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 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 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 symptom and how long had symptoms been present ?

--

3. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas atau penyakit lain yang berhubungan dg keadaan pada saat ini (contoh : Infeksi Microfilaria) ? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa dan sejak kapan diderita
Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related diseases ? (ex Filaria infec) 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

Nama / Name	Alamat / Address

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon dapat dijelaskan diagnosa secara rinci
Please provide your diagnosis in detail.

--

2. Mohon di jelaskan secara lengkap penyebab dari penyakit tersebut diatas
Please explain in detail the cause of the disease.

--

3. Apakah penyakit kaki gajah kronis yang diderita pasien :
Does the elephantiasis suffered by the patient :

Ya / Yes Tidak / No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Menyebabkan pembengkakan yang berat dan menetap, mulai dari lengan, kaki atau bagian tubuh lain.</u>
<i>Causing severe and permanent oedema of arm, leg or other part of body</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Diakibatkan oleh penyumbatan kelenjar limfe ?</u>
<i>Caused of lymphatic obstruction ?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Ditemukan infeksi Microfilaria dari pemeriksaan Laboratorium ?</u>
<i>Found microfilariae infection from laboratory examination?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Mohon dapat dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium & hasil lainnya yang mendukung diagnosis diatas beserta kesimpulan
Please attach results of any examination performed and provide remarks if any

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Tests	Hasil pemeriksaan / Result

5. Pengobatan apakah yang sedang diberikan kepada pasien ?
Please mention what medication given for the patient ?

--

6. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors / hospitals referred for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

7. 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 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 :