

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
STROKE - PEMASANGAN CEREBRAL SHUNT - PEMBEDAHAN ANEURISMA OTAK
STROKE - CEREBRAL SHUNT INSERTION - BRAIN ANEURYSM SURGERY

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 tersebut ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? *Yes* *No*

Jika "ya", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi pasien ? - - tgl-bln-thn
If "yes", since when have you been regularly visited by the patient ? dd-mm-yy

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 and, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present ?

3. Berdasarkan anamnesis, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas ?
Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present ?

4. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter ? Mohon dijelaskan
Related to the above symptom, did the patient take any medication or visite doctor ? Please explain

--

5. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas 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 it was detected

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

6. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?
When did the patient first become aware of the disease ?

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please provide the name and address of the doctors/ specialist/ hospitals visited by the patient and the date of last attendance

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

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan Obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please give details 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 detail

--

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

--

- 2 Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, mohon jelaskan gejala, tanggal kejadian dan durasi dari gejala tersebut
Based on your examintaion, please describe the symptoms, date and duration of symptoms.

Tanggal / Date	Jenis Gejala / Nature of Episode	Durasi / Duration

- 3 Mohon jelaskan secara rinci tentang gejala-gejala dan tanda-tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih dari 24 jam, dan jelaskan buktinya secara rinci.
Please give the details on neurological sequelae or neurological deficit which lasted more than 24 hours.

- 4 Adakah infark pada otak, pendarahan atau embolisasi dari sumber ekstra kranial ? Jika ya, sebutkan lokasi, luas dan akibatnya.
Has there been an infarction of brain tissue, haemorrhage or embolisation from the extra cranial?
If Yes, please give details

- 5 Mohon dijelaskan tindakan operasi yang telah dilakukan (seperti pemasangan cerebral shunt dll)
Please give details of the surgery done (ie. cerebral shunt insertion etc)

- 6 Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium, dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosa penyakit di atas
Please supply details of medical resume, radiological, CT Scanning, laboratory evidence as well as any other tests.

7. 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

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

8. 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 :