

**SURAT KETERANGAN DOKTER - MEDICAL CERTIFICATE**

**PENYAKIT JANTUNG ( termasuk Serangan Jantung, Coronary Artery Bypass Grafting, Penyakit Jantung Koroner, Operasi Katup Jantung, Operasi Pembuluh Aorta, Pulmonari Arterial Hipertensi Primer, Sindrom Eisenmenger, Kardiomiopati, Endokarditis Infektif, Perikarditis, Angioplasti)**

*HEART DISEASES ( include Heart Attack, Coronary Artery Bypass Grafting , Coronary Artery Disease, Heart Valve Surgery, Aorta Surgery, Primary Pulmonary Arterial Hypertension, Eisenmenger Syndrome, Cardiomyopathy, Infective Endocarditis, Pericarditis, Angioplasty)*

**RAHASIA / CONFIDENTIAL**

No. Polis - Kode Cabang :  -   
*Policy Number - Branch Code*

Nama Pasien :   
*Patient's Name*

Tanggal Lahir :  -  -  tgl-bln-thn  
*Birth date* *dd-mm-yyyy*

No. KTP/SIM :   
*ID Card No.*

Pekerjaan :   
*Occupation*

Alamat : \_\_\_\_\_  
*Address*

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos :   
*City* *Postal Code*

Nama tersebut di atas adalah Pihak Yang Diasuransikan pada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan diatas. 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 Syariah Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us 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 dokter keluarga pasien tersebut?  Ya  Tidak  
*Are you the family doctor of the patient?* *Yes* *No*

Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama anda mengenal pasien?  -  -  tgl-bln-thn  
*If "yes", since when and how long do you know the patient?* *dd-mm-yyyy*

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?  
(seperti detak jantung tidak normal, nyeri dada, edema, sesak nafas dan lain-lain).  
*When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?(e.g. abnormal heart beat, chest pain, oedema, breathing difficulty etc.)*

3. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? ( tekanan darah tinggi, angina, demam rematik atau penyakit pembuluh darah lain ).

Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.

*Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related diseases? (hypertension, angina, rheumatic fever, or any other vascular disease). Please state what kind of illness/complaints Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected?*

Gejala - Penyakit / Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi / First detected

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 / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir

*Please provide the name and address of the doctors/ hospitals which the patient had attended and the date of last attendance*

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol and 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 penyakit pasien secara rinci

*Please provide the diagnosis in detail*

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

*First time diagnosis was made*

2. Mohon dijelaskan hasil pemeriksaan kateterisasi jantung.

*Please explain cardiac catheterization result*

3. Mohon penjelasan anda mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan pada pasien.

*Please explain about surgery that has been done to the patient*

4. Mohon disebutkan pembuluh darah jantung mana saja yang dilakukan by-pass grafting

*Please explain which of coronary vessel was done by pass grafting*

5. Dari hasil pemeriksaan anda, mohon uraikan gejala, tanggal kejadian dan durasi dari gejala yang akut.

*Based on your examination, please give details the symptoms, incident date and duration of acute symptoms.*

Tanggal / Date	Gejala / Symptoms	Durasi / Duration

6. Dari pemeriksaan fisik, apakah sudah ada gangguan fisik yang bersifat menetap

*Based on physical examination, is there any permanent physical impairment?*

Ya  
Yes

Tidak  
No

7. Dengan menggunakan penggolongan dari The New York Heart Association Functional Classification, termasuk dalam kategori kelas berapakah kondisi pasien tersebut diatas?

*Based on The New York Heart Association Functional Classification, in which class did the patient condition belong?*

8. Apakah didapatkan gejala-gejala dan tanda-tanda gagal jantung kongestif pada pasien? Jika Ya, Mohon jelaskan gejala yang dialami tersebut

*Are there any symptoms and signs of congestive heart failure in the patient? If Yes, Please describe the symptoms in this patient*

9. Untuk Endokarditis Infektif, Apakah didapatkan hasil positif yang membuktikan adanya infeksi organisme dari kultur darah?

*For Infective Endocarditis, Are there any positive results of the blood culture proof the infectious organism(s)?*

10. Untuk Endokarditis Infektif, Apakah jenis kerapuhan katup jantung yang dialami oleh pasien?

*For Infective Endocarditis, What type of heart valve incompetence in this patient?*

Stenosis / Stenosis

Regurgitasi / Regurgitation

Mohon jelaskan persentase kerapuhan katup jantung yang dialami

*Please explain the percentage of heart valve incompetence in this patient*

11. **Untuk Perikarditis Konstriktif**, Apakah dilakukan tindakan untuk melepaskan dan menyingkirkan semua perikardium pada torakotomi karena perikarditis konstriktif pada pasien?

For **Constrictive Pericarditis**, Is there any action to undergoing of the stripping and removal of the entire pericardium at open thoracotomy due to constrictive pericarditis?

--

12. **Untuk Cardiomyopathy Hypertrophic**, Apakah kondisi cardiomyopathy hypertrophic yang dialami pasien?

For Hypertrophic Cardiomyopathy, What is the condition of the hypertrophic cardiomyopathy experienced by the patient?

Cardiomyopathy Hypertrophic Septal

Cardiomyopathy Hypertrophic Apical

13. **Tindakan apa yang telah dilakukan sehubungan dengan diagnosa diatas dan bagaimana prosedur dari tindakan tersebut?**

What steps / treatment were taken in relation with the diagnosis and what are the procedure?

Tanggal / Date	Tindakan dan Saran / Suggestion and Steps

14. **Apakah teknik Operasi Koroner Bypass Jantung yang dilakukan pada pasien?**

What is the Coronary Artery Bypass Grafting technic performed on the patient?

Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass (MIDCAB)

Transmyocardial Laser Therapy

Lainnya / Others : \_\_\_\_\_

15. **Untuk Cardiomyopathy Hypertrophic**, Apakah kondisi pasien memerlukan operasi miomektomi atau ablasi septal?

For Hypertrophic Cardiomyopathy, Does the patient's condition need myomectomy surgery or a septal ablation?

Ya/Yes

Tidak/No

16. **Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya**

Please give us the name and address of doctors / hospitals referral for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

17. **Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan ( hasil lab, ECG, Echocardiografi, treadmill, enzim jantung, imaging, angiografi dll )**

Please attach results of any examination performed and provide remarks if any ( resting ECG, echocardiography, exercise stress tests / treadmill, cardiac enzyme, imaging, angiography etc ).

Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Results

18. **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

--

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("**Perubahan**") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

*The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("**Change**") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.*

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

**PERHATIAN/ATTENTION:**

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA. ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.