

**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT  
KOMA & EPILEPSI-COMA & EPILEPSY**

**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 Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life 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 are insured with PT Asuransi Allianz Life 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 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", how long have you known the patient ?*

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

3. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon jelaskan 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*

| 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 give us the name and address of doctors/hospitals visited by the patient and the date of last attendance*

| 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 your diagnosis in details*

Mohon jelaskan mengenai kejadian yang menyebabkan cedera, penyakit atau kondisi diatas (termasuk tanggal kejadian)  
*Please provide the cause of injury, disease or condition as stated above (include the event date)*

2. Berapa lama (dalam jam) pasien dalam keadaan koma?  
*How long (in hour) patient in coma?*

3. Alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan pasien?  
*What life-supporting tools that required by patient?*

4. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan dari koma? Mohon lampirkan hasil pemeriksaan  
*What kind of examination done to confirmed the coma condition. Please attached with the examination result.*

5. Menurut Anda, apakah pasien mengalami keterbatasan, baik secara fisik maupun mental, yang timbul sebagai akibat kerusakan otak dari koma tersebut? Jika Ya, mohon jelaskan.

*Please give the details on neurological sequelae or neurological deficit related brain defect caused by coma*

6. Apabila pasien didiagnosa EPILEPSI, mohon penjelasan mengenai:

*If the patient was diagnosed with EPILEPSY, please give details about:*

a. Dasar diagnosa EPILEPSI tersebut ? Mohon dijelaskan dan lampirkan hasilnya

*The basis of diagnosis ? Please explain the result of EEG, MRI, PET and also provide the result*

b. Frekuensi serangan EPILEPSI dalam satu minggu?

*Frequency of Epilepsy attack in one week?*

c. Obat-obatan anti EPILEPSI yang diberikan?

*Antiepileptic drugs that prescribed to the patient?*

d. Sudah berapa lama pasien mengkonsumsi obat-obatan anti EPILEPSI

*tersebut?How long have the patient been taking those Antiepileptic drugs?*

Kurang dari enam bulan  
*Less than six months*

Lebih dari enam bulan  
*More than six months*

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit yang rujukan untuk perawatan selanjutnya.

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

| Nama/Name | Alamat/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.*

