

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT

PENYAKIT KAKI GAJAH KRONIS - PENYAKIT CREUTZFELDT JAKOB (PENYAKIT SAPI GILA) - DEMAM PENDARAHAN EBOLA - PENYAKIT TANGAN, KAKI, DAN MULUT - DEMAM BERDARAH DENGUE

ELEPHANTIASIS - CREUTZFELDT JAKOB DISEASE (MAD COW DISEASE) - EBOLA HAEMORRHAGIC FEVER - HAND, FOOT, MOUTH DISEASE - SEVERE DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER

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 is 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, mohon 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 diatas? 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 the regularly visited medical attendant of the patient? dd-mm-yyyy

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
 When were you first consulted for this condition and, at that time, how long had the symptoms been present?

3. Menurut pasien sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan?

On what date did the illness commence?

4. Berapa lama gejala tersebut terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.

Based on your anamnesis, how long were the symptoms last felt? Please explain the reason

5. Dari ANAMNESISA anda, apakah pasien sebelumnya pernah menderita kondisi 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 your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Please state what kind of illness/complaints and since when was it detected?

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

6. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

When did the patient first become aware of his/her illness?

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.

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

Nama / Name	Alamat / Address

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci

Please provide your diagnosis

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?

When the first time diagnosis was made?

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang dialami

Please describe in detail the symptoms

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

4. Untuk Penyakit Kaki Gajah Kronis, Apakah penyakit kaki gajah kronis yang diderita pasien:
For Elephantiasis : *Does the elephantiasis suffered by the patient:*

Ya / Yes Tidak / No

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Menyebabkan pembengkakan yang berat dan menetap, mulai dari lengan, kaki atau bagian tubuh lain.
<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"/> |

5. Untuk DEMAM PENDARAHAN EBOLA : Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
For EBOLA HEMORRHAGIC FEVER : *According to the examination, is the patient suffered from :*

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| a. <u>Demam</u>
<i>Fever</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

Jika "Ya", berapa derajat suhu tubuh pasien?
If "Yes", how many degrees the temperature of this patient?

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| b. Adanya pendarahan mukosa atau gastrointestinal
<i>Mucosal or gastrointestinal bleeding has occurred</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|

6. Untuk **Penyakit Creutzfeldt - Jakob (Penyakit Sapi Gila)** : Apakah ada tanda-tanda dan gejala-gejala disfungsi serebral, demensia progresif parah, kejang otot yang tidak dapat dikendalikan, tremor dan atetosis?
For Creutzfeldt - Jakob Disease (Mad Cow Disease) : *Are there any signs and symptoms of cerebellar dysfunction, severe progressive dementia, uncontrolled muscle spasm, tremor and athetosis?*

Ya Tidak
 Yes No

Jika "Ya", mohon jelaskan secara rinci tanda-tanda dan gejala-gejala yang dialami pasien secara rinci
If Yes, please describe the patient's symptoms in detail

7. Untuk **Demam Berdarah Dengue**, Dengan menggunakan Klasifikasi World Health Organization, termasuk dalam derajat berapakah kondisi pasien tersebut diatas?
For Dengue Haemorrhagic Fever, *Based on the World Health Organization Classification, in which class the patient condition belong?*

- b. Apakah ada kondisi lain yang dialami pasien akibat penyakit yang diderita pasien, Ya/Yes Tidak/No
seperti Radang Otot Jantung (Miokarditis)?
Are there any other illnesses suffered by patients, such as inflammation of the heart muscle (myocarditis)?

Jika "Ya", mohon jelaskan bukti terjadinya radang otot jantung (myocarditis)?
If "Yes", please provide the result that showing a inflammation of the heart muscle (myocarditis) ?

12. Apakah ada gejala defisit neurologis yang dialami oleh pasien? Ya/Yes Tidak/No
Are there any symptoms of neurological deficits suffered by patient?

Jika "Ya", mohon jelaskan defisit neurologis yang dialami
If "Yes", please explain the neurological deficits suffered by patient

13. Apakah pasien diharuskan melakukan perawatan di ICU ? Ya/Yes Tidak/No
Is the patient need ICU treatment?

Jika "Ya", apa indikasi diperlukan perawatan di ICU pada pasien?
If "Yes", what was the indication this patient needs ICU treatment?

14. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals, the patient has been refered to any doctors

Nama / Name	Alamat / Address

15. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.
If there is any further information which will assist our claim department 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.