

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**PENYAKIT WILSON**  
**WILSON DISEASE**

**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 bertanggung 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 menurut anda 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 aware of his/her illness in the first time?*

--

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. Apakah penyakit Wilson yang diderita pasien memiliki ciri-ciri penyakit hati progresif dan / atau kerusakan neurologi yang disebabkan oleh timbunan tembaga?

*Is the Wilson disease in this patient have characteristics of progressive liver disease and / or neurological damage caused by copper deposit?*

Ya  
Yes

Tidak  
No

Jika Ya, mohon jelaskan mengenai gejala yang terjadi

*If Yes, please describe the symptom*

--

3. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan untuk membuktikan penyakit wilson yang diderita pasien  
*Please attach test results that have been done to prove the wilson's disease suffered by the patient*

4. Apa penyebab penyakit Wilson pada pasien? Mohon jelaskan  
*What was the cause of Wilson disease in patient? Please explain in detail*

5. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?  
*What is the treatment being done for the recovery and medication that patient having right now?*

6. Apakah pasien mendapatkan terapi dengan *chelating agent*?  Ya / Yes  Tidak / No  
*Does the patient get the treatment with a chelating agent?*

Jika Ya, Sejak kapan terapi *chelating agent* diberikan?  -  -  Tgl-Bln-Thn  
*If Yes, Since when treatment with chelating agent is given?* *dd-mm-yyyy*

7. 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 referd to any doctors*

Nama / Name	Alamat / Address

8. 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.