

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
SKLERODERMA PROGRESIF - PROGRESSIVE SCLERODERMA**

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 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", sudah berapa lama anda mengenal pasien? _____
If "yes", for 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 the symptoms been present?

3. Berdasarkan ANAMNESA, 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

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

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
When the patient first become aware of the illness?

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals visited by the patient

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 the exact details of the diagnosis.

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear

3. Apakah Skleroderma Progresif yang diderita pasien sudah bermanifestasi secara sistemik?
Mohon dijelaskan secara rinci organ tubuh mana yang sudah terkena.
Does Progressive Scleroderma suffered by the patient already manifest into a systemic?
Please explain in detail the organs which already exposed

4. Apakah sudah dilakukan biopsi dan pemeriksaan serologis? Ya / Yes Tidak / No
Had any biopsy and serology test been done?

Jika ya, mohon dilampirkan hasil biopsi dan pemeriksaan serologis
If Yes, please attach the examination result

5. Apakah penyakit pada pasien telah menyebabkan/
Has the patient's disease caused :
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Ya / Yes | Tidak / No |
| a. <u>Deposit kalsium pada kulit (calcinosis)</u>
<i>Deposits of calcium (calcinosis)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Penebalan kulit jari tangan atau kaki (sclerodactily)</u>
<i>Skin thickening of the finger or toes (sclerodactily)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. Kelainan pada oesophagus
Oesophagus disorder
- d. Telangectasia
Telangectasia (dilated capillaries)
- e. Spasme arteri pada ekstremitas
Artery spasms in the extremities

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (biopsi, hasil serologi, USG, laboratorium dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach results of any examination performed (biopsy, serology, USG, laboratory report etc) and the summary

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?
What kind of treatment or medication is being done for the recovery and what kind of medicine has been given up until now?

8. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosinya? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the state of the patient now and how is the prognosis? Please explain in detail

9. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospital referral for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

10. 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 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.