

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
TRAUMA KEPALA SERIUS - KERUSAKAN OTAK SEDANG - KERETAKAN PADA KOLOM
TULANG BELAKANG
MAJOR HEAD TRAUMA - MODERATELY SEVERE BRAIN DAMAGE - FRACTURE OF SPINAL COLUMN

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, 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 dari 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 & how long had the symptom been present?

3. Berdasarkan **ANAMNESA**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon jelaskan 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 / symptom 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
Please give us the name and address of doctors / hospitals visited by the patient

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol 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.

Mohon jelaskan secara detail kejadian yang menyebabkan diagnosa / kondisi tersebut diatas
Please describe in details the incident that caused the above diagnosis / condition

2. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami keterbatasan fisik maupun mental sebagai akibat dari Trauma Kepala ? Jika Ya, mohon jelaskan jenis keterbatasan dan sejak kapan terjadinya?
Based on the examination, is the patient suffered from physical or mentally limitation as a result of Head Injury ? If yes, please explain the type of limitation and since when it occurred?

3. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami luka pada otak secara fisik yang menyebabkan kerusakan otak yang signifikan? Mohon jelaskan secara detail
According to the examination, Is the patient have physical head injury causing significant brain damage? Please explain in detail

4. Apakah pasien mengalami defisit neurologi yang permanen?
Is the patient have a permanent neurological deficit?

Ya / Yes

Tdk / No

5. **Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain?** Ya / Yes Tdk / No
Is the patient capable of doing daily activities without any help from others?

Jika Jawaban Tidak, Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah :
If No, Patient can not do daily activity such as :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mandi / Taking a bath | <input type="checkbox"/> Buang Air / Relieving |
| <input type="checkbox"/> Berpakaian / Dressing | <input type="checkbox"/> Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / Moving |
| <input type="checkbox"/> Menyui / Feeding | <input type="checkbox"/> Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda / Transferring |

Jika jawaban "Tidak", Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas?
If "No", For how long did the insured can't do the above activity?

6. **Untuk Keretakan Pada Kolom Tulang Belakang, Apakah terjadi keretakan baru pada tulang belakang yang disebabkan oleh kecelakaan?** Ya / Yes Tidak / No
For Fracture of Spinal Column, Is there a new spinal fracture caused by an accident?

Jika Ya, kapan hal tersebut terjadi ?
If Yes, when did it happen?

7. **Untuk Keretakan Pada Kolom Tulang Belakang, Apakah diperlukan perawatan rumah sakit untuk operasi terbuka pada pasien?** Ya / Yes Tidak / No
For Fracture of Spinal Column, Is require hospitalization for open surgical repair?

Mohon dijelaskan
Please explain

8. **Untuk Keretakan Pada Kolom Tulang Belakang, Apakah terjadi defisit neurologis permanen pada fungsi motorik atau fungsi kandung kemih?** Ya / Yes Tidak / No
For Fracture of Spinal Column, Is there a permanent neurological deficit in motor function or bladder function?

Jika Ya, mohon di jelaskan kondisi defisit neurologis permanen yang dialami
If Yes, please explain the condition of the permanent neurological deficit suffered

9. **Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (Rontgen, CT Scan, MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan**
Please attach test results (X-ray, CT Scan, MRI etc) that have been done and the conclusions.

10. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan Trauma Kepala Serius?

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut

What examination has been done to support the diagnosis of Major Head Trauma? Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting diagnostic test

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

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

Nama / Name	Alamat / Address

12. 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.