



3. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas 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/ <i>Symptom - Disease</i>	Pertama kali terdeteksi/ <i>First detected</i>

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

Nama/ <i>Name</i>	Alamat/ <i>Address</i>

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 give details 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 explain your diagnosis

2. Untuk Osteoporosis, Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?

For Osteoporosis, According to the examination, is the patient suffered from:

Ya/Yes Tidak/No

- a. Adakah keretakan pada leher tulang paha karena osteoporosis

Is there any a fracture of the neck of femur due to osteoporosis?

Jika Ya, mohon jelaskan lokasi keretakan tulang tersebut secara detail

If Yes, please describe the location of fracture in detail



- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| b. <u>Adakah 2 (dua) keretakan tubuh vertebral karena osteoporosis?</u>
<i>Is there any a 2 (two) vertebral body fractures due to osteoporosis?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jika Ya, mohon jelaskan lokasi keretakan tulang tersebut secara detail
If Yes, please describe the location of fracture in detail

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| c. <u>Adakah densitas mineral tulang yang diukur setidaknya pada 2 (dua) titik dengan Densitometri Sinar-X Dual-Energi (DEXA) atau CT scanning kuantitatif konsisten dengan Osteoporosis parah (skor- T kurang dari 2.5)?</u>
<i>Is there any bone mineral density measured in at least two (2) sites by dual-energy x-ray densitometry (DEXA) or quantitative CT scanning is consistent with severe osteoporosis (T-score of less than 2.5)?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| d. <u>Apakah sudah dilakukan perbaikan internal atau penggantian tulang yang retak tersebut?</u>
<i>Had the internal fixation or replacement been did in that fractured bone?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. **Untuk Osteogenesis Imperfecta** : Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?
For Osteogenesis imperfecta : Based on the examination, is the patient suffered from :

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Adakah kondisi tulang yang rapuh, osteoporosis dan mudah retak?</u>
<i>Is there any brittle, osteoporotic, easily fractured bone?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Adakah penghambatan pertumbuhan dan kerusakan daya pendengaran?</u>
<i>Is there any growth retardation and hearing impairment?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Adakah beberapa tulang retak dan Kifoskoliosis progresif?</u>
<i>Is there any multiple fracture of bones and progressive kyphoscoliosis?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Apakah sudah dilakukan biopsi kulit pada pasien?</u>
<i>Had a skin biopsy been performed in the patient?</i>
<u>Jika Ya, Mohon dituliskan hasil biopsi kulit tersebut</u>
<i>If Yes, please write the result</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. **Untuk Osteogenesis Imperfecta** : Termasuk dalam tipe berapa kondisi Osteogenesis Imperfecta pada pasien? Mohon jelaskan
For Osteogenesis imperfecta , in which type Osteogenesis imperfecta in this patient's condition? Please explain



5. 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

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah (hasil laboratorium, Rontgen, CT Scan, DEXA, audiometri dll) dilakukan beserta kesimpulan
Please attach the results of that examination has been done (laboratory, x-ray, CT Scan, DEXA, Audiometri) with conclusion

--

7. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang 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

--



PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONARE DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat Pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki dan sesuai dengan kondisi Pasien pada saat perawatan/ *I Hereby declare that I am the Doctor who treats this Patient and I provide the correct information in accordance with the knowledge I have and in accordance with the Patient's condition at the time of Treatment.*

Tanggal / Date: / / (DD/MM/YYYY)

Tandatangan Dokter & Stempel Rumah Sakit / Klinik
(Doctor's Signature and Hospital or Clinic's stamp:

Nama / Name: _____
SIP (License Number): _____