



**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
HILANGNYA KEMANDIRIAN HIDUP / LOSS OF INDEPENDENT LIVING**

INFORMASI MEDIS / MEDICAL INFORMATION

Diisi oleh Dokter yang Merawat (*Filled by Treating Doctor*)

1. Nomor Polis
(*Policy Number*)
2. Nama Pasien
(*Patient's Name*)
3. Tanggal Lahir
(*DOB*) tanggal-bulan-tahun
dd-mm-yyyy
4. No KTP/ Passport / KITAS
(*ID Card/Passport/KITAS*)
5. Alamat Lengkap
(*Full Address*)
6. Nomor Telepon
(*Telephone Number*)
7. Jenis Kelamin (*Sex*) Pria (*Male*) Wanita (*Female*)

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT AXA Financial Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan pada judul diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerja sama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name are insured with PT AXA Financial 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

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.

INFORMASI MEDIS / MEDICAL INFORMATION

A. UMUM/GENERAL

1. Apakah Anda adalah dokter keluarga dari pasien diatas?
Are you the family doctor of the patient above? Ya
Yes Tidak
No

Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien?
Since when you become a family doctor who usually visited by patient? - - **tgl-bln-thn**
dd-mm-yyyy
2. Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
When were you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?

3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas?
Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present



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. 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/Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi/First detected

6. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?

When did the patient first become aware of the disease?

7. 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/Name	Alamat/Address

8. 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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci ?

Please provide the diagnosis in detail.

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

When was the first time diagnosis made?



2. Mohon jelaskan secara rinci akibat dari kondisi tersebut diatas atas kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari.
Please explain the impact of that condition above to his/her daily activities

3. Mohon jelaskan sebab terjadinya kondisi tersebut diatas.
Please explain the cause of that condition above.

4. . Dari 5 (lima) aktifitas hidup berikut ini, apakah terdapat ketidakmampuan pasien untuk melakukan aktifitas tersebut secara permanen?

Mohon berikan tanda [V]

From 5 (five) daily activities stated here, which are not able to be done by the patient permanently?

Please remark with [V]

Aktifitas Hidup Sehari-hari/Daily Activity	Mampu/ Capable
Mandi, diartikan sebagai kemampuan sendiri membersihkan tubuh saat mandi atau menggunakan shower (pancuran) atau membersihkan tubuh menggunakan cara-cara lainnya dengan baik. <i>Taking a bath shall refer to self-ability to clean own body when taking a bath or using shower or cleaning own body using other good manners</i>	
Berpakaian, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk mengenakan, melepas, mengencangkan dan melonggarkan segala jenis pakaian. <i>Dressing shall refer to self-ability to wear, put off, tighten, loosen all kinds of dresses.</i>	
Menyuap, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk menyuap makanan yang sudah disiapkan dan terhidang. <i>Feeding shall refer to self-ability to put the food into own mouth in which the food has been prepared and served.</i>	
Buang Air, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk buang air di kamar kecil atau jamban, atau setidaknya mampu menahan buang air untuk menjaga tingkat kebersihan diri yang memadai. <i>Relieving shall refer to self-ability to defecate and urinate in toilet or water closet, or at least able to defecate or urinate to keep good self-health condition.</i>	
Beralih tempat, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk memindahkan tubuh dari tempat tidur ke kursi dengan sandaran yang tegak. <i>Moving shall refer to self-ability to move own body from bed to chair with upright support</i>	
Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda. <i>Move from one place to another on flat floor without using a wheelchair.</i>	



5. Apakah ketidakmampuan pasien dalam beraktifitas hidup sehari-hari tersebut bersifat permanen dan tidak dapat disembuhkan?
Is the inability of the activities of daily living in this patient permanent and not curable?

Ya/Yes

Tidak/No

Mohon penjelasan

Please explain in detail

6. Pemeriksaan laboratorium atau penunjang apa saja yang telah dilakukan berkaitan dengan penyakit diatas dan bagaimana hasilnya?
Mohon dapat dilampirkan hasilnya

What kind of laboratory or diagnostic test done related to the above disease and how is the result? Please attached the result

7. 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

8. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini
Please give us the name and If there is any further information which will assist us in assessing the 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): _____