



SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
KEHILANGAN FUNGSI SATU ANGGOTA GERAK, KELUMPUHAN /
LOSS OF FUNCTION OF ONE LIMB, PARALYSIS

INFORMASI PASIEN /PATIENT 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

A. UMUM/GENERAL

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

Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien? - - tgl-blh-thn
Since when you become a family doctor who usually visited by 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 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 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 Anda secara rinci
Please provide your diagnosis.

- Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?
First time diagnosis was made



3. Mohon jelaskan sebab terjadinya kelumpuhan tersebut
Please explain the cause of paralysis

4. Mohon jelaskan tonus dan kekuatan otot anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan
Please provide about tonus and strength the body muscle.

5. Apakah kelumpuhan tersebut akan berlangsung permanen? Ya/Yes | Tidak/No
Is the paralysis permanently suffered?

6. Untuk kondisi Kehilangan Fungsi Anggota Gerak: Apakah ada anggota badan dari sendi siku/pergelangan tangan atau lutut/pergelangan kaki yang mengalami putus secara total? Ya/Yes | Tidak/No
For the condition of Loss of Limb : Is any part of body from elbow/wrist or knee/ankle joint suffered from Total loss?

Jika Ya, mohon jelaskan anggota badan tersebut
If Yes, please explain the part of body

Apakah kondisi kehilangan fungsi anggota gerak tersebut dapat disembuhkan? Ya/Yes | Tidak/No
Is the loss of limb can be cured?



7. Tindakan atau pengobatan apa yang telah dilakukan terhadap penyebab terjadinya kelumpuhan?
What kind of treatment or medication has been done to the cause of paralysis?

8. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas yang telah Anda lakukan

Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis

Jenis Pemeriksaan/Tests	Kesimpulan/Results

9. 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

10. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut Anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.

If there is any further information which in your opinion 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): _____