



**SURAT KETERANGAN DOKTER /DOCTOR'S REPORT  
KOMA & EPILEPSI /COMA & EPILEPSY**

**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-yyy
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?  Ya Yes  Tidak No  
*Are you the family doctor of the patient above?*
  
- Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien?  -  -  tgl-bln-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, 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 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>

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

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.*

2. Mohon jelaskan mengenai kejadian yang menyebabkan cedera, penyakit atau kondisi diatas (termasuk tanggal kejadian)

*Please provide the cause of injury, disease or condition as stated above (include the event date).*



---

---

---

---

3. Berapa lama (dalam jam) pasien dalam keadaan koma?  
*How long (in hour) patient in coma.*

---

---

---

---

4. Alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan pasien?  
*What life-supporting tools that required by patient?*

---

---

---

---

5. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan dari koma? Mohon lampirkan hasil pemeriksaan  
*What kind of examination done to confirmed the coma condition? Please attached with the examination result*

---

---

---

---

6. Menurut Anda, apakah pasien mengalami keterbatasan, baik secara fisik maupun mental, yang timbul sebagai akibat kerusakan otak dari koma tersebut? Jika Ya, mohon jelaskan.  
*Please give the details on neurological sequalee or neurological deficit related brain defect caused by coma*

---

---

---

---

7. Apabila pasien didiagnosa EPILEPSI, mohon penjelasan mengenai:  
*If the patient was diagnosed with EPILEPSY, please give details about:*

a. Dasar diagnosa EPILEPSI tersebut ? Mohon dijelaskan dan lampirkan hasilnya  
*The basis of diagnosis ? Please explain the result of EEG, MRI, PET and also provide the result*

---

---

---

---

b. Frekuensi serangan EPILEPSI dalam satu minggu?  
*Frequency of Epilepsy attack in one week*

---

---

---

---



c. Obat-obatan anti EPILEPSI yang diberikan?  
*Antiepileptic drugs that prescribed to the patient*

---

---

---

---

d. Sudah berapa lama pasien mengkonsumsi obat-obatan anti EPILEPSI tersebut?  
*How long have the patient been taking those Antiepileptic drugs?*

Kurang dari enam bulan?   
*Less than six months*

Lebih dari enam bulan?   
*More than six months*

8. 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

9. 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.*

---

---

---

---

---

---

---

---



## 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): \_\_\_\_\_