



SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
SCLEROSIS MULTIPLE, ALZHEIMER, PARKINSON, SYNDROM
APALLIC, SINDROM GUILLAIN BARRE, PENYAKIT MOTOR NEURON
/ MULTIPLE SCLEROSIS, ALZHEIMER, PARKINSON, APALLIC SYNDROME,
GUILLAIN BARRE SYNDROME, NEURON MOTOR DISEASES

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 / 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 ANAMNESIS, 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?
First time diagnosis was made?

2. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
Based on the examination, is the patient suffered from :

- a. Putusnya 2 atau lebih Plexus Brachialis? Ya/Yes Tidak/No
- b. Defisit neurologis/neurological deficit? Ya/Yes Tidak/No
- c. Gangguan intelektual/intellectual disorder? Ya/Yes Tidak/No

3. Mohon dijelaskan secara rinci sejak kapan dan sejauh mana pasien menderita Putusnya 2 atau lebih Plexus Brachialis, Defisit Neurologis ataupun Gangguan Intelektual?

Please explain since when and the details of the condition above that suffered by the patient

4. Apakah pasien menderita penyakit/cedera saraf tulang belakang sehingga tidak dapat BAK/BAB secara permanen? Jika ya, mohon dijelaskan tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi ketidakmampuan BAK/BAB tersebut

Is the patient suffered from disease/accident that causes inability of urinating and defecating permanently? If yes, please explain the surgery had done to anticipate the above condition

5. Mohon jelaskan tentang kerusakan/melemahnya fungsi dan koordinasi dari sistem saraf sensorik dan motorik yang terjadi.
Please explain the damage/loss of function and coordination of motoric and sensoric nerves

6. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah ditemukan adanya kelemahan pada Saraf Mata, Batang Otak dan Saraf Tulang Belakang pada saat yang bersamaan? Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan Anda

Based on the examination, do you found abnormality in eyes nerves, brain stem and spinal cord at the same time? Please describe the result of the neurological exam

7. Untuk PENYAKIT PARKINSON: Apakah disebabkan oleh karena efek pengobatan dari penyakit tertentu atau berhubungan dengan penyakit lain seperti Penyakit Wilson atau Huntington Chore? Mohon dijelaskan

For PARKINSON DISEASE: Are the disease a result of treatment for other diseases/the use of certain medications, or associated with other diseases such as Wilson's disease or Huntington Chore? Please give details

8. Untuk PENYAKIT PARKINSON: Apakah penyakit yang dialami pasien masih bisa dikontrol dengan obat-obatan? Mohon dijelaskan
For PARKINSON DISEASE: Can the disease be controlled with medication? Please give details



9. **Untuk PENYAKIT ALZHEIMER:** Apakah pasien membutuhkan pengawasan terus menerus dalam melakukan aktivitas?
Jika Ya, untuk berapa lama?

For ALZHEIMER DISEASE: Does the patient requires continuous supervision? If yes, for how long?

10. **Pengobatan dan tindakan medis apa saja yang disarankan sehubungan dengan penyakit tersebut? Mohon dijelaskan**
What kind of medication and treatment given related to the above disease? Please explain

Tanggal/Date	Tindakan dan

11. **Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya**
Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals refferal for further treatment

Nama/Name	Alamat/Address

12. Apakah pasien menggunakan alat bantu untuk bergerak seperti tongkat ataupun kursi roda? Jika Ya, sebutkan alat apa saja yang digunakan dan sudah berapa lama?

Does the patient need supporting tools like stick or wheel chair?

If It's Yes, please mention and how long that supporting tools been used.

13. **Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan.**

Please attached with medical report, result of laboratory and supporting diagnostic test

14. **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): _____