



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT**  
**PENYAKIT PARU KRONIS, PENYAKIT PARU STADIUM AKHIR /**  
**CHRONIC LUNGS DISEASES, LUNGS DISEASES FINAL STAGE**

**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?  
*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-blh-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.*

---

---

---



2. Mohon jelaskan sejauh mana perkembangan penyakit ini dan bagaimana pengaruhnya dengan aktivitas sehari-hari  
*Please explain the impact of the disease and how it influence the patient daily activities*

---

---

---

---

3. Mohon uraikan secara lengkap semua hasil pemeriksaan terutama test fungsi paru-paru (hasil FEV dan kapasitas vital) serta analisa gas darah arteri (PaO2)  
*Please give details and attach results of any examination performed (lung function test and blood gas analysis)*

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Test	Hasil pemeriksaan / Result

4. Apakah terjadi serangan akut pada suatu Asma Berat dengan status astmatikus persisten yang memerlukan rawat inap?  
*Is there any acute attack on Severe Asthma with persistent status asthmaticus that need hospitalization?*

Ya/Yes                       Tidak/No

5. Pengobatan apakah yang sedang diberikan kepada pasien?  
*Please mention what medication are taken the patient?*

---

---

---

---

6. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan (pasang filter veno kava, pengangkatan satu paru dll)  
*Please explain about surgery that done to this patient. (veno cava filter insertion, lung removal etc)*

---

---

---

---

7. Apakah diperlukan pemberian oksigen secara terus menerus? Sudah berapa lama? Apakah saat ini masih digunakan?  
*Is it required to give oxygen therapy continuously? For how long? Is the oxygen still be given until today?*

---

---

---

---

8. Apakah ada penggunaan ventilator mekanik? Sejak kapan dan sudah berapa lama digunakan?  
*Is it required to use the mechanic ventilator? Since when and for how long*

---

---

---

---



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

Nama/Name	Alamat/Address

10. 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): \_\_\_\_\_