



SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
TRAUMA KEPALA MAYOR, FRAKTUR TULANG BELAKANG AKIBAT KECELAKAAN /
MAJOR HEAD TRAUMA, SPINAL FRACTURE DUE TO ACCIDENT

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 Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No

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/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.

Mohon jelaskan secara detail kejadian yang menyebabkan diagnosa / kondisi tersebut diatas
Please describe in details the incident that caused the above diagnosis / condition

2. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami keterbatasan fisik maupun mental sebagai akibat dari Trauma Kepala? Jika Ya, mohon jelaskan jenis keterbatasan dan sejak kapan terjadinya
Based on the examination, is the patient suffered from physical or mentally limitation as a result of Head Injury? If yes, please explain the type of limitation and since when it occurred?



3. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami luka pada otak secara fisik yang menyebabkan kerusakan otak yang signifikan? Mohon jelaskan secara detail
According to the examination, Is the patient have physical head injury causing significant brain damage? Please explain in detail

4. Apakah pasien mengalami defisit neurologi yang permanen? Ya/Yes Tidak/No
Is the patient have a permanent neurological deficit?

5. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain? Ya/Yes Tidak/No
Is the patient capable of doing daily activities without any help from others?

Jika Jawaban Tidak, Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah :
If No, Patient can not do daily activity such as :

- Mandi / Taking a bath
- Berpakaian / Dressing
- Menyuar / Feeding
- Buang Air / Relieving
- Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / Moving
- berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda / Transferring

Jika jawaban "Tidak", Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas? *If "No", For how long did the insured can't do the above activity?*

6. Untuk Fraktur Pada Tulang Belakang, Apakah terjadi keretakan baru pada tulang belakang yang disebabkan oleh kecelakaan?
For Fracture of Spinal Bone, Is there a new spinal fracture caused by an accident?

Ya/Yes Tidak/No
Jika Ya, kapan hal tersebut terjadi ? *If Yes, when did it happen?*

7. Untuk Fraktur Pada Tulang Belakang, Apakah diperlukan perawatan rumah sakit untuk operasi terbuka pada pasien?
For Fracture of Spinal Bone, Is require hospitalization for open surgical repair?

Ya/Yes Tidak/No

Mohon dijelaskan/ *Please explain*

8. Untuk Fraktur Pada Tulang Belakang, Apakah terjadi defisit neurologis permanen pada fungsi motorik atau fungsi kandung kemih?
For Fracture of Spinal Bone, Is there a permanent neurological deficit in motor function or bladder function?

Ya/Yes Tidak/No



Jika Ya, mohon di jelaskan kondisi defisit neurologis permanen yang dialami. *If Yes, please explain the condition of the permanent neurological deficit suffered*

9. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (Rontgen, CT Scan, MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach test results (X-ray, CT Scan, MRI etc) that have been done and the conclusions.

10. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan Trauma Kepala Mayor? Mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut
What examination has been done to support the diagnosis of Major Head Trauma? Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting diagnostic test

11. 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

12. 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): _____