



SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
TRANSPLANTASI ORGAN VITAL / VITAL ORGAN TRANSPLANTATION TERMINAL ILLNESS

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-bln-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/ <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.



Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?
When was the first time diagnosis made?

2. a) Apakah penyakit fungsi organ ini sudah memasuki tahap akhir Ya/yes Tidak/no
Is this illness has come to the last stage?
- b) Apakah sebelumnya pasien telah menjalani pengobatan secara teratur? Ya/yes Tidak/no
Did the patient take medication therapy regularly?

- c) Apakah transplantasi organ telah dilakukan? Ya/yes Tidak/no
Has the transplantation been done yet?

Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya.
If the answer is yes, please mention when (date of transplantation) Tgl-Bln-Thn dd-mm-yyyy

- d) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi ? Ya/yes Tidak/no
If the answer is no, have you make the transplantation schedule ?

Jika YA, kapan akan dilakukan ?
Please mention when will the transplantation be done dd-mm-yyyy

3. Bila pasien didiagnosa menderita suatu Terminal Illnes, bagaimanakah harapan hidup pasien?
Mohon uraikan berapa lama (tahun) pasien akan mampu bertahan hidup dan berikan alasannya?
If the patient has been diagnosed for Terminal Illness, how is the life expectation?
Please explain for how many years patient will survive and give the reason?

4. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas beserta kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis

Jenis Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan /

5. 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 /

6. 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): _____