



SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
TULI - BISU - KEBUTAAN - RETINITIS PIGMENTOSA - ATROFI SARAF MATA -
KEHILANGAN KEMAMPUAN MELIHAT PADA SATU MATA /
DEAFNESS - LOSS OF SPEECH - BLINDNESS - RETINITIS PIGMENTOSA - OPTIC NERVE ATROPHY -
LOSS OF SIGHT IN ONE EYE

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 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. Mohon di jelaskan secara lengkap penyebab dan keadaan dari penyakit atau kecelakaan.
Please explain in detail the cause of the disease / the accident?

3. Mohon di jelaskan secara lengkap penyebab dan keadaan dari penyakit atau kecelakaan.
Please explain in detail the cause of the disease / the accident?

4. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil - hasil test dan kesimpulannya
Please attach results of any examination performed and provide with the summary / explanation

Tanggal /	Pemeriksaan / Tests	Hasil Pemeriksaan / Result

5. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan pada pasien.
Please explain about surgery that has done to this Patient?

6. Bagaimana keadaan pasien saat ini? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the patient's current condition? Please explain in detail.?

7. Apakah penyakit atau kecelakaan tersebut menyebabkan hilangnya fungsi secara total dari.
Are that disease or accident caused completely loss of function of

Pendengaran (Tuli) / Hearing (Deafness)

Penglihatan (Buta) pada / Sight (Blindness) in:

Satu mata / One Eye

Dua mata / Two Eyes



Kemampuan berbicara (Bisu) / *Speech (Loss of speech)*

8. Apakah keadaan tersebut diatas dapat dipulihkan?
Do the conditions above will be recovered

Ya/yes

Tidak/no

Mohon jelaskan
Please explain

9. Bagaimana prognosis penyakit pasien?
What is the prognosis of the patient's illness?

10. 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 /

11. 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 (Licence Number): _____