

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Penyakit Crohn/*Crohn Disease*

Kolitis Ulseratif/*Ulcerative Colitis*

Nama Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient's Name/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Rekam Medik/
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah Peserta (Yang Diasuransikan) pada PT Prudential Sharia Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan untuk kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Critical Condition and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama Anda kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

A. INFORMASI UMUM/GENERAL INFORMATION

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness?

2. Mohon cantumkan Diagnosanya?
Please give us your detailed diagnosis?

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan?
When the illness disease has been diagnosed?

4. Apakah gejala / keluhannya?
What were the patient's chief symptoms/complaints?

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan?
Since when the chief symptoms/complaints?

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination performed.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan Fisik <i>Physical examination</i>	Hasil <i>Result</i>

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan? Mohon jelaskan juga tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestions.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/Pengobatan/Saran <i>Type of medication/suggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?
Is current condition caused by congenital factors?

Ya/Yes Tidak/No

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?
Is current condition caused by HIV?

Ya/Yes Tidak/No

10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused?

Ya/Yes Tidak/No

11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Peserta (Yang Diasuransikan) sebelumnya Peserta (Yang Diasuransikan) menjadi pasien Anda.
Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.

12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attach all of test results have been done.

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS:

1. Penyakit Crohn/Crohn Disease

- a. Apakah Pasien telah mendapat terapi immunosupresif sistemik atau pengobatan immunodulatory secara terus menerus?

If the insured has systemic immunosuppressive therapy or treatment gets immunodulatory continuously?

Ya/Yes, sejak/since sampai dengan/until:

Tidak/No

- b. Mohon beri tanda kelainan yang sudah ada.

Please indicate abnormalities found.

Fistula/Fistule

Penyumbatan Saluran Cerna/Intestine obstruction

Kebocoran di saluran cerna/Intertine perforation

Menggembungnya usus besar/Colon distension

2. Penyakit Kolitis Ulseratif/Ulcerative Colitis

- a. Apakah sudah terjadi distensi usus (menggembungnya usus) dan resiko pecahnya usus?
is already happened distension of intestinal (intestinal swelling) and risk of rupture of the bowel?

Ya/Yes Tidak/No

- b. Apakah Pasien telah memerlukan terapi immunosupresif sistemik atau pengobatan immunodulatory secara terus menerus?

Did the patient have to get systemic immunosuppressive therapy or require treatment of immunodulatory continuously?

Ya/Yes, Tidak/No

Jika Ya, Berapa lama?

If Yes, how long?

kurang dari 6 bulan
less than six months

lebih dari 6 bulan
more than six month

- c. Apakah Colitis Ulseratif tersebut sudah terjadi di seluruh usus besar dengan adanya diare berdarah yang berat?

If the Colitis Ulcerative is already happening throughout the colon with severe bloody diarrhea?

Ya/Yes Tidak/No

- d. Apakah telah dilakukan operasi?

Has any operation been performed?

Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, mohon beri tanda pada jenis operasi yang dilakukan:

If yes, please tick the necessary box below

Operasi pengangkatan seluruh usus besar/*Colectomy*

Operasi pembuatan lubang pelepasan buatan/*Ileostomy*

Operasi jenis lainnya, mohon jelaskan/*other types of operation, please explain*

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat dan Stempel/Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature