

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

**Kelainan pada Telinga dan Thrombosis Sinus Kavemosus**

*Abnormalities of Hearing and Cavernous Sinus Thrombosis*

**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 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 Illness and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.*

Atas kerja sama kami ucapkan terima kasih  
*Thank you,*

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

## 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?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is current condition caused by congenital factors?*

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is current condition caused by HIV?*

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 DETAIL**

1. Apakah penyebab hilangnya fungsi pendengaran yang dialami oleh pasien? Mohon Jelaskan  
*What the caused of the deafness experienced by the patient? Please Explain.*

<input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> : .....	<i>month/date/years</i>
<input type="checkbox"/> Penyakit/ <i>Illnes</i> : .....	
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> : .....	

2. Apakah sudah terjadi kehilangan daya dengar secara permanent pada pasien tersebut?  
*Has permanent loss hearing occurred for this patient?*

Ya/Yes  Tidak/No

3. Berapakah ambang dengar yang dimiliki oleh pasien saat ini?  
*What is the threshold of hearing suffered by the patient at this time?*

< 60 dB

60 dB – 90 dB

> 90 dB

4. Apakah sudah terjadi kelainan pada telinga dan Thrombosis Sinus Kavernosus?  
*Has any abnormalities happened on the ears and Cavernous Sinus Thrombosis?*

Ya/Yes

Tidak/No

5. Jika ya, apakah sudah dilakukan pembedahan pada thrombosis sinus kavernosus pada pasien?

*If yes, has the surgery been performed on Cavernous Sinus Thrombosis to patient?*

Ya/Yes

Tidak/No

6. Apakah sudah dilakukan pembedahan untuk penanaman Cochlear?

*Has the surgery been done for Cochlear implantation?*

Ya/Yes

Tidak/No

---

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*

Spesialisasi  
*Specialization*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*

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