

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Komplikasi Diabetes dan Kebutaan
Diabetic Complication and Blindness

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

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 sympoms/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 medicationsuggestion</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 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. Komplikasi Diabetes/Diabetic Complication

a. Apakah pada pasien ini terdapat Komplikasi Diabetes?
Is there Diabetic Complications on the patient?

Ya/Yes

Tidak/No

b. Jika Ya, Mohon sebutkan Komplikasi Diabetes yang terjadi?
If the answer is Yes, Please mention the Diabetic Complications that happened?

Berhubungan dengan Diabetic Nephropathy
related with Diabetic Nephropathy

Berhubungan dengan Diabetic Retinopathy
related with Diabetic Retinopathy

Amputasi, mohon sebutkan anggota tubuh
Amputation, please mention part of the body

Lainnya/Others.....

c. Apakah pemeriksaan berikut telah dilakukan?

Have the examination been done?

- Fluorescent Fundus Angiography
- eGFR, dengan hasil/*with result*.....
- Protein dalam urin, dengan hasil/*Proteinuria, with result*.....

2. Kebutaan/BLINDNESS

a. Apakah kebutaan terjadi pada:

has the blindness happened on:

- Mata Kiri/*Left Eye*
- Mata Kanan/*Right Eye*
- Kedua Mata/*Both Eyes*

b. Bagaimana jenis kebutaan pada mata yang diderita oleh pasien?

What kind of blindness suffered by the patient?

- Menetap/*Irreversible*
- Tidak menetap/*reversible*

c. Apakah penyebab hilangnya fungsi penglihatan yang dialami oleh Peserta (Yang Diasuransikan) ? Mohon Jelaskan ?

What is the cause of blindness that suffered by the patient? Please describe?

month/date/years

Kecelakaan/*Accident* :

Penyakit/*Illnes* :

Bawaan/*Congenital* :

d. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan terakhir Peserta (Yang Diasuransikan)?

Please describe the result of the last examination from patient?

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan <i>Examination</i>	
	OD Visus <i>Visual</i>	OS

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan <i>Examination</i>	
	OD Funduscopy Others	OS

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.

N a m a
Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature