

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

HIV/*Human Immunodeficiency Virus*

Hepatitis akibat pekerjaan/*Hepatitis due to work*

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 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

• HIV/ Human Immunodeficiency Virus

1. HIV yang diderita oleh pasien diakibatkan oleh?
What the caused of HIV infection occurred on patient?

Hubungan seksual/ *Sexual Activity*

Jarum suntik/ *Needle for injection*

Transfusi darah/ *Blood transfusion*

• Tanggal Transfusi? / *date of transfusion?*

• Nama Lembaga yang menyelenggarakan transfusi.
Name of Institution which organized blood transfusion.

2. Apakah pasien ini merupakan penderita hemophilia?
Did the patient the suffer hemophilia?

Ya/Yes Tidak/No

3. Apakah telah dilakukan pengobatan medis untuk mengobati AIDS atau untuk mengobati dampak dari infeksi virus HIV pada pasien?
Has the medical treatment been done for curing AIDS or curing the impact of the HIV?

Ya/Yes Tidak/No

• **Hepatitis**

1. Sebutkan jenis Hepatitis pada pasien ini?

Please state the type of Hepatitis suffered by the patient?

2. Hepatitis yang diderita pasien diakibatkan oleh?

What the caused of Hepatitis suffered by the patient?

Hubungan seksual/*Sexual Activity*

Penggunaan obat-obatan intravena/*Intravenous Drug Abused*

Hepatitis akibat pekerjaan/*Hepatitis due to work*

a. Mohon sebutkan jenis pekerjaan pasien/*please specify type of work of the patient*

b. Kapan kejadiannya/*When did it happen?*

c. Di mana kejadiannya/*Where was it happen?*

3. Apakah pasien ini memerlukan terapi antivirus?

Did the patient need the antiviral therapy?

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

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

Spesialisasi
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature