

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Ketulian/Deafness

Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient/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 tersebut, 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. UMUM (*GENERAL*)

1. Sejak kapan Peserta (Yang Diasuransikan) berkonsultasi dengan Dokter?
Since when have you been the medical attendant of the Life Assured?
2. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang diderita nya saat ini?
When were you first consulted for this condition?
3. Mohon Dokter jelaskan Diagnosa Peserta (Yang Diasuransikan) secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya).
Please give us your detailed diagnosis (including the location of the organ and the stage).

--

4. Mohon jelaskan bentuk gejala dan perjalanan penyakitnya, beserta tanggal dan durasinya?
Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration?

Tanggal <i>Date</i>	Bentuk gejala/Perjalanan penyakitnya <i>Symptoms/History of the Disease</i>	Durasi <i>Duration</i>

5. Mohon jelaskan faktor resiko, adanya kontaminasi, maupun penyakit lain yang mempermudah /mencetuskan timbulnya penyakit ini.
Please describe risk factors, any presence of contamination or other diseases which could easily caused this particular disease.

Jenis faktor resiko/zat yang mengkontaminasi penyakit <i>Risk factors/contamination</i>	Sejak kapan diderita <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

6. Mohon jelaskan penyebab penyakit ini pada Peserta (Yang Diasuransikan), termasuk saat terjadinya?
Please describe the cause of the disease, inclusive the first of occurrence?

Tanggal <i>Date</i>	Penyebab Penyakit <i>Cause of the Disease</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

7. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini?
When did the patient first become aware of his/ her illness?

8. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya.
Please describe any medication or suggestions that was given to the patient and the purpose.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/pengobatan/saran <i>Type of medications/suggestions</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

9. Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang?
What is the prognosis in the next 12 months?

Baik, pulih 100%
Good, 100% recovered

Tidak ada kemungkinan pulih, karena kelainannya bersifat permanen.
No recovery, permanent disorder.

Selamanya membutuhkan alat bantu berupa : *Need aids permanently, i.e.:*

.....

Lainnya : *Others :*

.....

10. Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attached all tests results.

B. RINCIAN MEDIS/*MEDICAL DETAILS*

1. Mohon dijabarkan secara lengkap data dan tanggal penyebab ketulian.
Please provide full and exact details of the injury or disease causing deafness, to include dates.

2. Mohon dijabarkan secara lengkap tentang pemeriksaan yang pernah dilakukan misalnya audiograms, dll.
Please provide details of all investigations carried out e.g audiograms, etc

3. Apakah masih terdapat kemampuan mendengar pada kedua buah telinga ? Mohon dijelaskan keadaan dan tingkatannya.
Is there any residual hearing in either ear? Please give details of the degree of hearing.

4. Apakah ada operasi yang memungkinkan pengembalian pendengaran pada satu atau kedua buah telinga? Mohon dijelaskan keadaan dan tingkatannya.
Is there any surgery available that could re-instate the hearing in either or both ears?

5. Mohon konfirmasi Dokter, bahwa kehilangan pendengaran tersebut terjadi pada kedua buah telinga dan bersifat permanen.
Please confirm that the deafness in both ears will be of a permanent nature.

6. Pengobatan apakah yang diberikan pada saat ini?
What treatment is currently being administered?

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
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature