

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Koma/ Coma

Epilepsi Berat/ Severe Epilepsy

Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Registrasi/
Registration 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 dideritanya 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) dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.

Please give us your detailed Diagnosa including the location of the organ and the stage and when the Diagnosa was established.

Diagnosa/ <i>Diagnosa</i>	Tanggal/ <i>Date</i>

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 precipitate/cause 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 date of first 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 given to the patient and the purpose of such medications/suggestions.

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

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

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

• KOMA / COMA

1. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) mulai mengalami koma? Tanggal/...../..... Jam

When did the patient first experience coma? Date time :

2. Berapa lama (jam) Peserta (Yang Diasuransikan) berada dalam keadaan koma terus menerus?

How many hours had the patient been continuously in a coma? hours

3. Selama koma, alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan Peserta (Yang Diasuransikan)?

During the coma, what kind of life support equipment were used?

Jenis alat bantu <i>Life support Equipment</i>	Tanggal menggunakan beserta jam-nya <i>Date and time of usage</i>

4. Selama koma, mohon jelaskan defisit neurologik yang terjadi?

What kinds of neurologic deficit occurred during the coma?

--

5. Apakah saat ini Peserta (Yang Diasuransikan) tidak berada dalam keadaan

koma lagi? *At present, is the patient out of the coma?*

Ya/Yes

Tdk/No

Jika YA/ *if YES* :

- Sejak kapan/ *When?* Tanggal/ *Date*/...../..... Jam/ *Time*

- Gejala sisa yang sampai saat ini masih dialami ialah / *Types of sequelae* are :

.....
.....

6. Apa penyebab koma yang dialami Peserta (Yang Diasuransikan)?

What causes a coma suffered by the insured?

Pencederaan diri/ *injuring themselves*

Alkohol/ *Alcohol*

Penyalahgunaan obat/ *Drug abuse*

Lainnya/ *Others*

• **EPILEPSI BERAT/SEVERE EPILEPSY**

1. Mohon jelaskan gejala klinis yang timbul pada pasien ini?

Please explain the clinical symptoms that arise in these patients?

2. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan EEG, MRI, PET yang telah dilakukan dan lampirkan?

Please describe the result of EEG, MRI, PET has been done and attach?

3. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) mengalami kejang yang berulang?

Is the insured suffered a recurrent seizures?

Ya/Yes

Tdk/No

Jika YA, mohon sebutkan jenis kejang yang timbul :

if Yes, please state the type of seizures arising :

.....
.....

4. Apakah kejang yang dialami dapat dikontrol dengan terapi anti epilepsi dalam jangka waktu 6 bulan?

Do seizures can be controlled with anti-epileptic therapy within 6 months?

Ya/Yes

Tdk/No

5. Mohon jelaskan tindakan pembedahan yang telah dilakukan untuk mengatasi kejang epilepsi yang berulang :

Please explain the operation has been performed for the treatment of recurrent epileptic seizures :

.....
.....

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