



R A H A S I A
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Centre
Menara Thamrin
Jl. M.H. Thamrin Kav. 3
Jakarta 10250, Indonesia
Telp : (6221) 398-30-300
Fax : (6221) 398-30-207

PO Box 1805/JKS
Jakarta 12018, Indonesia
E-mail :
customer.idn@prudential.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER

Koma

MEDICAL CERTIFICATE

Coma

Pasien/Tertanggung
Patient/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Registrasi/
Registration No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** pada PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Penyakit Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut untuk mempercepat pemrosesan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential 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.

Terima kasih banyak atas perhatian dan kerjasama dokter.
Thank you.

A. UMUM / GENERAL

1. Sejak kapan Tertanggung 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 Tertanggung secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed diagnosis including the location of the organ and the stage and when the diagnosis was established

Diagnosis	Tanggal/Date

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 Date	Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya Symptoms/History of the Disease	Durasi Duration

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 peyebab penyakit ini pada Tertanggung, 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 Tertanggung pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?

When did the patient first become aware of his/ her illness ?

8. Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya ?

Please give us the name and address of doctors/ specialists/ hospitals visited by the patient before he/ she was under your treatment.

Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

9. 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>

10. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita Tertanggung yang belum dijelaskan diatas

Please state any other diseases not yet explained above, if any

Nama Penyakit <i>Disease</i>	Sejak kapan diderita <i>First suffered</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

11. Mohon diberikan nama dan alamat dokter / Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

For further treatment, please give us the name and address of doctors/ specialists/ hospitals to whom you would like to refer this patient to

Nama Penyakit <i>Disease</i>	Sejak kapan diderita <i>First suffered</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

12. 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 possibility of recovery, permanent disorder*

Selamanya membutuhkan alat bantu berupa : *Permanently need aids, i.e.:*
.....

Lainnya : *Others :*
.....

13. Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Please attached all tests results

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS*

1. Kapan Tertanggung mulai mengalami koma ? Tanggal/...../..... Jam
When did the patient first experience coma ? Date time :

2. Berapa lama (jam) Tertanggung berada dalam keadaan koma terus menerus ? Jam
How many hours had the patient been continuously in a coma ? hours

3. Selama koma, alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan Tertanggung ?
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 Tertanggung tidak berada dalam keadaan koma lagi ? *At present, is the patient out of the coma ?*

Ya/Yes

Tdk/Yes

Jika YA/*if YES* :

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

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

-
.....

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

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature