

KETERANGAN PENYAKIT KANKER DARI DOKTER
CANCER DOCTOR'S REPORT

No. Polis :

Policy Number : _____

Nama Tertanggung :

Name of the Insured :

Tanggal Lahir (tgl-bln-yyyy) :

Birth date (dd-mm-yyyy) :

No. KTP/SIM :

ID Card No. _____

Pekerjaan :

Occupation : _____

Alamat :

Address: _____

Kota :

City : _____

Kode Pos :

Postal Code : _____

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat Tertanggaung. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas

Question to be answered by the claimant's Medical Practioner. Please write on back page or attch a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer

1. Apakah anda dokter langganan pasien tersebut di atas?

Are you the claimant's usual doctor?

 Ya
Yes Tidak
No

2. a) Tanggal berapa untuk pertama kali anda merawat pasien sehubungan dengan penyakit kanker yang diderita dan sudah berapa lama gejala penyakit tersebut timbul (ada) ?

On What date did you firs attend the claimant in connection with cancer illness, and how long had symptoms been present ?

b) Tanggal berapa penyakit mulai diderita ?

On what date did the illness commence ? _____

c) Tanggal berapa perawatan terakhir yang anda berikan ?

What was the date of your last attendace ? _____

d) Kapan pasien akan mengunjungi anda lagi ?

When will the patient consult you again ? _____

3. a) Apakah sebelumnya pasien telah menderita kondisi spesifik tersebut atau, penyakit lain yang ada hubungannya dengan penyakit tersebut ?

Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness ?

- b) Jika "Ya", mohon berikan tanggal konsultasi dan hasil diagnosanya.
If "Yes", please state dates of consultations and resulting diagnosis. _____
- c) Sejak kapan pasien mengetahui untuk pertamakalinya penyakit yang diderita?
On what date the patient first become aware of the illness _____
- d) Apakah pasien mempunyai kebiasaan merokok ?
Had the patient's habits in smoking ? _____
- e) Jika "Ya", sejak kapan? Berapa batang per hari?
If "Yes", when ? How many a day ? _____

MEDICAL DETAILS

- 1. Mohon jelaskan secara rinci dan kronologis hasil diagnosa anda
Please provide full and extract details of the diagnosis

- 2. Sebutkan jenis kanker, dan terletak dibagian organ tubuh yang mana?
What kind of cancer, and what?

- 3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik), mohon dilampirkan fotocopynya jika ada
Please provide full Patology Anatomy had you done(makroskopy and mikorskopy), please attaced a copy if any

- 4. a) Dalam stadium berapa pertumbuhan kanker tersebut?
What stage did the disease rich? _____
- b) Mohon gambarkan keadaan saat ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang tepat
Please describe this using the appropriate staging classification

- c) Apakah penyakitnya sudah mempunyai anak sebar?
Was the disease completely localised? _____
- d) Adakah penyebaran pada jaringan syaraf disekitarnya?
Was there invasion of adjacent tissues? _____
- e) Kelenjar getah bening mana yang mengalami anak sebar?
Where regional lymph nodes involved? _____
- f) Sejauh manakah penyebaran yang ada?
Were there distance metastases? _____

g) Apakah sudah menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan normal?

Is it already made a damage normal tissue?

5. a) Jika pasien didiagnosa Leukemia, mohon diagnosa secara detail jenisnya

If the diagnosis is Leukemia, please provide details of actual type

b) Tindakan dan jenis pengobatan yang akan dilakukan untuk pasien ini

What the action and type of treatment that will be done for these patient

6. Apakah pasien dikonsultasikan pada dokter lain untuk mendapatkan opini lanjutan pemeriksaan lebih mendalam atau pengobatan?

Has the patient been referd to any other doctors for futher opinion investigations or treatment?

7. Mohon kami dilampirkan laporan medis hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas

Please attached with medical report result of laboratorium and supporting diagnosis above

8. Jika ada informasi tambahan menurut pendapat anda akan sangat membantu kami dalam menilai klaim tersebut, mohon jelaskan secara rinci

If there is any further information which in your opinion will assist our medical officer is assessing this claim, please give details

Saya menyatakan bahwa saya pribadi yang merawat penderita dan bahwa semua keterangan tentang pasien dalam pernyataan ini adalah benar

I hereby certify that I have personally attended the above name Claimant and that all the information supplied by

Nama Dokter :

Doctor's Name : _____

Alamat Dokter :

Doctor's Address : _____

Kode Pos :

Postal Code : _____

Tanggal :

Date : _____

Tanda tangan dan stempel dokter

Stam and signature of the doctor

