



R A H A S I A
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Tower

Jl. Jend. Sudirman Kav.79, Jakarta 12910

Telp : (6221) 2995 8999

Fax : (6221) 2995 8899

E-mail : customer.idn@prudential.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Tindakan Bedah Katup Jantung / *Heart Valve Surgery*
Tindakan Bedah Pembuluh Darah Aorta / *Aorta Surgery*
Serangan Jantung / *Heart Attack*

Tindakan Bedah Bypass Pembuluh Darah Jantung / *Coronary Artery Surgery*
Angioplasti dan Penatalaksanaan Invasif lainnya untuk Penyakit Pembuluh Darah
Jantung / *Balloon Angioplasty*
Penyakit Pembuluh Darah Jantung lain yang serius / *Coronary Artery Serious Disease*

Nama Pasien/Tertanggung
Name of Patient/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Rekam Medik/
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** pada PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan untuk mempercepat pemrosesan klaim, 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 Condition 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 for your attention and co-operation.

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan dokter ?
Since when have you been the medical attendant of this patient ?
2. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang dideritanya saat ini
When were you first consulted for this current condition ?
3. Kapan pasien pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?
When did patient first become aware of his/ her illness ?
4. Apakah terdapat riwayat sakit dada yang khas yang mengarah pada serangan jantung ?
Is there any history of specific chest pain that leads to a heart attack ? Ya/Yes Tidak/No
5. 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>

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

6. Mohon Dokter jelaskan diagnosis pasien dan kapan diagnosis tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed diagnosis and when the diagnosis was established

Diagnosis	Tanggal/ <i>Dates</i>

7. Apakah ada kelainan pada pemeriksaan EKG yang menandakan miokardial infark akut ? Ya/Yes, dilakukan tanggal/ dated
- Are there any abnormalities on the ECG indicating acute myocardial infarction ?* Tidak/No

Kelainan EKG berupa
ECG abnormalities are

8. Apakah ada nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri di bawah 50 % ? Ya/Yes, dilakukan tanggal/ dated
- Is the Left Ventricle Ejection Fraction less than 50 % ?* Tidak/No

9. Apakah dilakukan pemeriksaan enzim jantung ? Ya/Yes Tidak/No
- Were cardiac enzyme tests done ?*

Jika 'Ya', mohon dilampirkan hasilnya ? /If 'yes', please attach results

Jika 'Tidak', mohon sebutkan alasan mengapa pemeriksaan enzim jantung tidak diperiksa
If 'No', please mention reason why cardiac enzymes were not tested

10. Jika terdapat sumbatan pada pembuluh darah berikut, mohon beri tanda /If there are occlusions to the following blood vessels, please tick necessary box:

Left Main Coronary Artery :
sumbatan/occlusion %

Left Anterior Descending Artery :
sumbatan/occlusion %

Circumflex Artery :
sumbatan/occlusion %

Right Coronary Artery :
sumbatan/occlusion %

Mohon melampirkan hasil angiografi yang menandakan sumbatan di atas. /Please attached angiography results confirming above occlusions

11. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan ? Ya/Yes Tidak/No
- Is current heart condition caused by congenital factors ?*

12. Jika bukan karena kongenital, mohon jelaskan penyebab, faktor resiko, zat yang mengkontaminasi atau hal lain yang mempermudah timbulnya penyakit ini/ *Please describe cause, risk factors, any presence of contamination, or other diseases which precipitate this particular disease*

Penyebab, faktor resiko, kontaminasi atau yang mempermudah timbulnya penyakit / <i>Cause, risk factors, contamination or precipitation factors</i>	Sejak kapan <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

13. Apakah operasi **telah dilakukan** ? Ya/Yes Tidak/No
*Has any operations **been done** ?*

Jika Ya, mohon beri tanda /*If yes, please tick the necessary box below*

- Operasi jantung terbuka untuk perbaikan fungsi katup/*Open Heart Valve Surgery*
- Coronary Artery Bypass Graft (CABG)*
- Operasi torakotomi atau laparotomi pada Aorta/*Aorta Surgery via thoracotomy or laparotomy*
- Balloon angioplasty*
- Tindakan lainnya, mohon jelaskan / *Other operations, please explain*

14. Jika saat ini belum dilakukan CABG, apakah Dokter merekomendasikan untuk dilakukan CABG ?/*If CABG has not been performed, do you recommend this patient to perform CABG ?*

Ya/yes Tidak/No

15. Mohon menuliskan pengobatan dan saran yang telah diberikan, beserta tujuannya/*Please describe any medication or suggestions given to patient and purpose of such medications/suggestions*

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

16. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita pasien yang belum dijelaskan di atas/*Please state any other diseases suffered not yet explained above, if any*

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

17. Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi pasien 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>

18. Mohon diberikan nama dan alamat dokter / Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan pasien 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 <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

19. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini. */Please write any information which could assist us in assessing this claim*

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