



**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  
TRANSPLANTASI ORGAN - GAGAL GINJAL**

***MEDICAL CERTIFICATE  
Organ Transplant - Renal Failure***

---

**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 menderit 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. Apakah transplantasi organ sudah dilaksanakan ?

*Has organ transplantation been carried out ?*

YA/Yes : Transplantasi dilakukan tanggal ...../...../.....  
*Transplantation done on ...../...../.....*

Tertanggung pertama kali mengetahui rencana transplantasi ini pd tgl :  
*The patient is first aware of the need of transplantation on : ...../...../.....*

Tdk / *No*

2. Apakah transplantasi organ pada kasus ini :

*Was the organ transplant in this case :*

- Satu-satunya alternatif untuk kondisi Tertanggung ?  YA/Yes  Tdk/No  
*The only alternative for the patient ?*
- Alternatif terbaik dibandingkan alternatif lainnya ?  Ya/Yes  Tdk/No  
*The best alternative compared with other alternatives ?*
- Harus dilakukan karena kondisi penyakit mengancam jiwa ?  Ya/Yes  Tdk/No  
*Has to be done since the condition is life threatening ?*

3. Jika **belum** dilakukan tranplantasi organ :

*If the organ transplant has not been performed :*

- Transplantasi akan dilakukan pada tanggal ...../...../..... dan Tertanggung sudah resmi tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien.  
*Transplant will be done on ..../..../.... and the patient is officially registered as a recipient*
- Transplantasi perlu dilakukan, tapi belum direncanakan tanggalnya dan Tertanggung belum resmi tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien.  
*Transplant is needed but the date has not been decided and the patient is not yet officially registered as a recipient*
- Transplantasi tidak perlu dilakukan.  
*No transplantation needed*

4. Khusus untuk Gagal Ginjal/*Only for Renal Failure :*

- Gagal Ginjal terjadi pada :  Ginjal kiri  Ginjal kanan  Kedua Ginjal  
*The renal failure happened to the :  Left kidney  Right Kidney  Both kidneys)*
- Gagal Ginjal sudah pada tahap terminal ?  Ya/Yes  Tdk/No  
*Is the kidney failure in a terminal stage ?*
- Tertanggung harus menjalani hemodialisis atau dialisis peritoneal secara teratur ?  Ya/Yes  Tdk/No  
*Does the patient need to have a regular hemodialysis or peritoneal dialysis ?*

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*