

**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(makroscopy and mikorscopy), 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*

