

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU
INDIVIDUAL HEALTH CLAIM FORM

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar, dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.**
This form should be filled in correctly, completely, and clearly. Claim will only be processed if all supporting documents are attached
- Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf kapital, jelas, dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.**
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear, and mark (v) in the appropriate answer box.
- Jika salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.**
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN
REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED

- Formulir Klaim yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis atau Tertanggung sebagaimana dinyatakan dalam dokumen Polis serta resume medis diisi lengkap dan benar oleh Dokter yang merawat Tertanggung;**
Claim Form is issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and has been filled out completely and correctly by Policyholder or Insured as stated in Policy document and the medical resume is filled completely and correctly by the treating Doctor;
- Rincian tagihan asli dan kuitansi asli dengan cap Rumah Sakit (lengkap dengan alamat dan nomor telepon), atau salinan rincian tagihan dan kuitansi Rumah Sakit yang telah dilegalisasi oleh Rumah Sakit yang bersangkutan (lengkap dengan alamat dan nomor telepon), sebagaimana yang dinyatakan dalam dokumen Polis;**
Original Hospital billing details and receipts with Hospital stamp (completely with Hospital address & phone number), or legalized copy of Hospital billing details and receipts (completely with Hospital address & phone number) as stated in Policy document;
- Surat rujukan dari Dokter untuk pemeriksaan diagnostik, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik tersebut;**
A referral letter from Doctor for diagnostic examination, if the diagnostic examination is done;
- Salinan seluruh hasil pemeriksaan diagnostik termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, dan radiologi, jika dilakukan pemeriksaan tersebut;**
Copy of all diagnostic examination results including laboratory, and radiology results, if examination is done;
- Salinan bukti identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku, berupa kartu tanda penduduk elektronik atau paspor bagi warga negara asing;**
Copy of Policyholder and Insured ID Card, in the form of an electronic identity card or passport for foreign;
- Surat keterangan kecelakaan dari kepolisian untuk kasus kecelakaan (asli atau salinan yang dilegalisir).**
Accident certificate from the police for accident cases (original or legalized copy).

DATA PEMEGANG POLIS
POLICYHOLDER DATA

Nama Lengkap : **Nomor Polis** :
Full Name *Policy Number*

Jenis Kelamin : **Pria** **Wanita** **Kewarganegaraan** :
Gender *Male* *Female* *Nationality*

Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) **Nomor NPWP** :
Place of Birth *(dd/mm/yyyy)* *Indonesian Tax ID Number*

Jenis Identitas : **Nomor Identitas** :
Type of ID Card *Identity Number*

Telepon Seluler : **Telepon Rumah/Kantor** :
Cellphone *Home/Office Telephone Number*

Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri :
Residence Address in Accordance with ID Card

RT/RW : **Kelurahan/Desa** : **Kecamatan** :
Neighbourhood/Hamlet *Region* *District*

Kota : **Provinsi** : **Negara** : **Kode Pos** :
City *Province* *Country* *Post Code*

Alamat Tempat tinggal di Negara Asal (Khusus WNA) :
Address in The Country of Origin (Foreigner Only)

DATA TERTANGGUNG
INSURED DATA

Nama Lengkap : **Pekerjaan** :
Full Name *Profession*

Jenis Kelamin : **Pria** **Wanita** **Kewarganegaraan** :
Gender *Male* *Female* *Nationality*

Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) **Nomor NPWP** :
Place of Birth *(dd/mm/yyyy)* *Indonesian Tax ID Number*

Jenis Identitas : **Nomor Identitas** :
Type of ID Card *Identity Number*

Telepon Seluler : **Telepon Rumah/Kantor** :
Cellphone *Home/Office Telephone Number*

Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri :
Residence Address in Accordance with ID Card

RT/RW : **Kelurahan/Desa** : **Kecamatan** :
Neighbourhood/Hamlet *Region* *District*

Kota : **Provinsi** : **Negara** : **Kode Pos** :
City *Province* *Country* *Post Code*

JIKA TERTANGGUNG JUGA MELAKUKAN KLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN
IF INSURED ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANIES

No	<u>Other Insurance Name</u> Nama Asuransi Lain	<u>Nama Produk Asuransi</u> Insurance Product Name	<u>Nomor Polis</u> Policy Number	<u>Jumlah Uang Pertanggungan</u> Sum Insured
1.				(IDR/CNY/USD)
2.				(IDR/CNY/USD)
3.				(IDR/CNY/USD)
4.				(IDR/CNY/USD)
5.				(IDR/CNY/USD)

PEMBAYARAN MANFAAT PERTANGGUNGAN
ACCOUNTABILITY BENEFIT PAYMENT

Nama Bank : Nomor Rekening :
Bank Name : Account Number :
Cabang Bank : Nama Pemilik Rekening :
Bank Branch : Account Holder Name :
Alamat Bank : Mata Uang : USD CNY IDR
Bank Address : Currency : US Dollar Chinese Yuan (RMB) Rupiah

PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA akan membayarkan Manfaat Pertanggungan langsung ke rekening Pemegang Polis yang tercatat di PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sebagaimana ditentukan oleh Pemegang Polis dalam SPAJ atau perubahannya atau Endorsemen Polis (jika ada).

PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will pay the Insurance Benefit directly to the Policyholder's account recorded at PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA as determined by the Policyholder in the SPAJ or its changes or Policy Endorsement (if any).

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA
DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa :

I declare that :

- i) Saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, tidak ada keterangan atau informasi yang saya sembunyikan;
I have read, understood, and answered all questions above completely and correctly, there is no evidence or information that I hide;
- ii) Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan, atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Tertanggung. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya;
I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal, or other organizations that have any records or information on the health of Insured to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about Insured's health condition. A copy of this statement will be valid and true as the original;
- iii) Saya memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau pihak yang diberikan kuasa olehnya untuk menyediakan informasi mengenai PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk tujuan memproses formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Tertanggung;
I authorize and give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s to provide to any party (including but not limited to: reinsurance, claim investigator and/or industry association) that has cooperation with PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA for the purpose of processing this form and/or processing claim payment and/ or processing other process related to Insured;
- iv) Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka saya mengerti bahwa pengajuan ini akan batal demi hukum;
If in the future, it is proven that information given in this form is not accurate, or it is found that other documents which are legally valid can cancel the document that has been given, I understand that this claim is declared void;
- v) Saya memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat meminta dokumen asli atas pemberian kuasa sebagaimana dimaksud dalam poin (ii) dan (iii).
I understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA may request original documents for authorization as referred to points (ii) and (iii).

PERSETUJUAN
CONSENT

Saya menyatakan bahwa saya telah mengisi seluruh data dan informasi dengan benar; telah membaca, memahami, dan menyetujui seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana dinyatakan pada formulir ini; dan menandatangani formulir ini dalam keadaan sadar serta tanpa paksaan. Segala risiko yang mungkin timbul sehubungan dengan pengajuan ini adalah tanggung jawab saya sepenuhnya.

I certify that I have filled in all data and information correctly; have read, understood, and agreed to all terms and conditions as stated on this form; and sign this form consciously and without coercion. All risk that may arise in connection with this submission is my full responsibility.

Ditandatangani Di :
Signed In

Tanggal : / / (tg/bln/thn)
Date : (dd/mm/yyyy)

Yang Menyatakan
Declared By

(Tanda Tangan, Nama Jelas Pemegang Polis)
Signature, Name of Policyholder

(Tanda Tangan, Nama Jelas Tertanggung)
Signature, Name of Insured

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM PENYAKIT KRITIS
ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT FOR CRITICAL ILLNESS

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas oleh dokter yang merawat atau dokter yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA**
This form should be filled in correctly, completely and clearly by the attending doctor or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai.**
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (V) in the appropriate answer box
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.**
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

IDENTITAS DOKTER YANG MERAWAT
ATTENDING DOCTOR'S IDENTITY

Nama Lengkap : **Telepon Rumah/Kantor** :

Full Name : **Residence/Office Phone Number** :

Nama Rumah Sakit : **Telepon Seluler** :

Hospital Name : **Cellphone** :

Alamat Tempat Tinggal Dokter :

Doctor's Residential Address :

Kota : **Kode Pos** : **Provinsi** :

City : **Postal code** : **Province** :

KETERANGAN DOKTER (Diisi oleh Dokter yang Merawat)
MEDICAL RESUME (to be Completed by the Attending Doctor)

Nama Pasien : **Tanggal Mulai Perawatan** : / / (tgl/bln/thn)
Name of the Patient : **Admission Date** : / / (dd/mm/yyyy)

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) **Tanggal Akhir Perawatan** : / / (tgl/bln/thn)
Date of Birth : / / (dd/mm/yyyy) **Discharge Date** : / / (dd/mm/yyyy)

Nomor Rekam Medis : **Jenis Kelamin** : Pria Wanita
Medical Record Number : **Gender** : Male Female

Sebab perawatan : Penyakit Kecelakaan
Cause of care : Illness Accident

Pengajuan klaim ini ditujukan untuk penyakit peserta berikut (Mohon beri tanda V pada pernyataan yang sesuai) :

The submission of this claim is intended for the following participant illness (Please make V where applicable)

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kanker
Cancer | <input type="checkbox"/> Penyakit Arteri Koroner
Coronary Artery Disease | <input type="checkbox"/> Operasi Aorta
Aortic Surgery | <input type="checkbox"/> Transplantasi Organ dan Sumsum Tulang
Organ and Bone Marrow Transplantation | <input type="checkbox"/> Penyakit Hati Kronis
Chronic Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> Serangan Jantung
Heart Attack | <input type="checkbox"/> Operasi Katup Jantung
Heart Valve Disease | <input type="checkbox"/> Stroke
Stroke | <input type="checkbox"/> Penyakit Paru Kronis
Chronic Lung Disease | <input type="checkbox"/> Bukan semua kondisi di atas
Not all of the above conditions |
| <input type="checkbox"/> Gagal Ginjal
Kidney Failure | | | | |

Nama dan Spesialisasi Dokter yang Merawat Pasien : 1. 3.
Name and Specialty of All Treating Doctors : 2. 4.

Keluhan Pasien :

Tanggal Pertama Kali Pasien Mengalami Gejala atau Keluhan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Initial Sign and Symptoms : / / (dd/mm/yyyy)

Tanggal Pertama Kali Pasien Menjalani Konsultasi : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Consultation : / / (dd/mm/yyyy)

Pemeriksaan Fisik yang Didapat :

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Termasuk Lab, Xray, CT scan, Patologi, Dll) :

Diagnosa :

Tanggal Pertama Kali Diagnosa Ditegakkan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Diagnosis : / / (dd/mm/yyyy)

Apakah Sebelumnya Pasien Pernah Menjalani Konsultasi atau Perawatan Sebelumnya atas Diagnosa tersebut?

Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before of the Diagnosis?

Ya, Sebagai Berikut:

Yes, as Follows

Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn): Date of Visit (dd/mm/yyyy)			
Diagnosa: Diagnosis			
Nama Dokter: Name of Doctor			
Nama Rumah Sakit: Name of Hospital			
Alamat Tempat Tinggal Dokter: Doctor's Residential Address			
Telepon Rumah/Kantor: Residence/Office Phone Number			
Telepon Seluler Dokter: Doctor's Cellphone Number			

Tidak
No

Riwayat Penyakit Terdahulu

Previous Disease History

No	Nama Penyakit Name of the Disease	Tanggal Pertama Kali Dialami (tgl/bln/thn) Date of First Onset (dd/mm/yyyy)	Nama RS & Dokter Name of Hospital & Doctor	Alamat Dokter Address of the Doctor
1				
2				
3				
4				

Jika Penyebab Kondisi Pasien Saat Ini Karena Kecelakaan, Mohon Keterangan Mengenai :

If the Current Patient's Condition is Due to an Accident, Please Provide Information About :

Tanggal Kecelakaan : / / (tgl/bln/thn) Lokasi Kecelakaan :

Date of Accident : (dd/mm/yyyy) Location of Accident :

Kronologis Kecelakaan :

Chronology of Accident :

KANKER

CANCER

Diagnosa dan Stadium Penyakit

Diagnosis and Disease Staging

Hasil Histopatologi

Hystopathology Result

Klasifikasi Penyakit yang Dialami Pasien Tergolong pada (Mohon beri tanda V pada pernyataan yang sesuai) :

Classification of The Disease is (Please make V where applicable)

Tumor Pra-ganas, tumor non-ivasif, karsinoma in-situ, keganasan borderline, adanya potensi keganasan, keganasan yang mencurigakan, keganasan dengan perilaku tidak pasti/tidak diketahui, semua tingkat displasia, lesi intraepitel skuamosa, neoplasma intreepitel, karsinoma kulit non-melanoma, limfoma kulit primer terbatas pada kulit & protuberans dermatofibrosarcoma

Pre-malignant, non-invasive, carcinoma-in-situ, borderline malignancy, any degree of malignant potential, suspicious malignancy, neoplasm of uncertain or unknown behaviour, all grades of dysplasia, squamous intraepithelial lesions and intra epithelial neoplasia, non melanomic skin carcinoma, primary skin lymphoma only on skin and protuberans dermatofibrosarcoma

Kanker prostat/kanker tiroid/tumor neuroendokrin/tumor kandung kemih T1NOM0 atau lebih rendah

Prostat cancer/thyroid cancer/neuroendocrine tumour/urinary bladder histologically as T1NOM0 or below

Kanker kulit melanoma yang belum keluar epidermis, kanker kulit non-melanoma terbatas pada kulit atau lebih rendah

Malignant melanoma that has not invade beyond the epidermis, any non-melanoma skin carcinoma, which is skin confined or lower

Tumor stroma gastrointestinal stadium I atau IA atau lebih rendah

Gastro-intestinal stromal tumour histologically classified as stage I or IA or below

Leukemia limfositik kronis kurang dari RAI stadium 3

Chronic lymphocytic leukimia less than RAI stage 3

Penyakit mieloproliferatif seperti trombositemia esensial dan polisitemia vera

Myeloproliferative disease such as essential thrombocythemia and polycythemia vera

Keganasan sumsum tulang yang tidak memerlukan pengobatan intervensi

All bone marrow malignancies which do not require interventional treatment

Tumor dengan infeksi HIV termasuk leukemia, limfoma, sarcoma

Tumour in the presence of HIV infection, including leucemia, lymphoma, sarcoma

Bukan semua kondisi di atas

Not all of the above conditions

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang

Please attach examination results

SERANGAN JANTUNG

HEART ATTACK

Diagnosa

Diagnosis

Kondisi yang dialami pasien (Mohon beri tanda V pada pernyataan yang sesuai) :

Patient's conditions (Please mark V where applicable)

Riwayat nyeri dada khas serangan jantung

History of typical chest pain

Terdapat perubahan EKG berupa elevasi/depresi ST, inversi gelombang T, gelombang Q patologis, blok cabang berkas kiri

ECG changes with the development of any of the following: ST elevation of depression, T wave inversion, pathological Q waves, left bundle branch block

Peningkatan biomarker jantung min 0,5ng/ml

Elevation of the cardiac biomakers at min 0.5ng/ml

Terdapat sumbatan pembuluh darah jantung (mohon sebutkan letak sumbatan dan persentase sumbatan)

Obstruction of blood flow (Please describe the position and precentage of obstruction)

Terdapat bukti hilangnya miokardium yang viabel atau abnormalitas gerakan dinding

Evidence of new loss of viable myocardium or new regional wall motion abnormality

Bukan semua kondisi di atas

Not all of the above conditions

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang

Please attach examination results

PENYAKIT ARTERI KORONER**CORONARY ARTERY DISEASE**

Diagnosa

Diagnosis

Kondisi yang dialami pasien (**Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai**) :Patient's conditions (**Please mark v where applicable**) Diagnosis ditegakkan melalui angiografi koroner invasif (mohon sebutkan letak sumbatan dan persentase sumbatan)*Diagnosis proven by invasive coronary angiography (Please describe the position and percentage of obstruction)* Menjalani bedah *by-pass* arteri koroner*Undergo coronary artery by-pass grafting* Perawatan arteri koroner melalui angioplasti, teknik berbasis kateter, lubang kunci, tindakan laser*Angioplasty and all other intra-arterial, catheter-based techniques, keyhole or laser procedures* Bukan semua kondisi di atas*Not all of the above conditions*Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang dan laporan tindakan*Please attach examination result and technical report***OPERASI KATUP JANTUNG****HEART VALVE SURGERY**

Diagnosa

Diagnosis

Kondisi yang dialami pasien (**Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai**) :Patient's conditions (**Please mark v where applicable**) Dilakukan tindakan operasi untuk mengganti/memperbaiki katup jantung (mohon jelaskan teknik tindakannya):*Undergo open-heart surgery to replace or repair cardiac valves (please describe of the therapy techniques)* Operasi dilakukan secara terbuka*Open surgery* Bukan semua kondisi di atas*Not all of the above conditions*Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang dan laporan operasi*Please attach examination results and technical report***OPERASI AORTA****AORTIC SURGERY**

Diagnosa

Diagnosis

Kondisi yang dialami pasien (**Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai**) :Patient's conditions (**Please mark v where applicable**) Menjalani torakotomi/laparotomi untuk kondisi aneurisma aorta, obstruksi aorta, koarktasio aorta, ruptur traumatis aorta toraks atau perut (mohon jelaskan)*Undergo thoracotomy or laparotomy to repair or correct an aortic aneurysm, an obstruction of the aorta, a coarctation of the aorta or a traumatic rupture of the aorta (Please describe)* Operasi dilakukan menggunakan teknik invasif minimal atau teknik intra-arterial*Surgery performed using minimally invasive technique or intra-arterial technique* Aorta yang terkena adalah cabang-cabang aorta toraks atau perut*The aorta are branches of thoracic or abdominal aorta* Bukan semua kondisi di atas*Not all of the above conditions*Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang dan laporan operasi*Please attach examination results and surgery report***STROKE****STROKE**

Diagnosa

Diagnosis

Penyebab penyakit

Cause of diseases

Kondisi yang dialami pasien (**Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai**) :Patient's conditions (**Please mark v where applicable**) Penyakit menimbulkan defisit neurologis permanen, yang terjadi sejak ... / ... / (tanggal, bulan, tahun) mohon sebutkan tanggal pertama terjadi defisit neurologis*Disease that result in a permanent neurological deficit, since ... / ... / (date, month, year). Please describe the first date of neurological deficit* Terjadi infark jaringan otak, akibat pendarahan, atau embolisasi ekstrakranial*Infraction of brain tissue, due to haemorrhage or embolization from extracranial* Serangan iskemik sementara, iskemik reversibel, gejala/gejala akibat migrain, penyakit vaskular yang mempengaruhi mata/saraf optik/fungsi vestibular*Transient ischaemic attacks, ischaemic reversible, symptoms due to migraine, vascular disease affecting the eye/optic nerve/vestibular functions* Dilakukan pemeriksaan CT scan atau MRI untuk penegakkan diagnosis*CT Scan or MRI examination is performed to confirm diagnosis* Bukan semua kondisi di atas*Not all of the above conditions*Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang*Please attach examination results*

TRANSPLANTASI ORGAN DAN SUMSUM TULANG**ORGAN AND BONE MARROW TRANSPLANTATION**

Diagnosa

Diagnosis

Organ tubuh yang ditransplantasi (mohon sebutkan):

The transplanted human organ (please describe):

Kondisi yang dialami pasien (Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai) :

Patient's conditions (Please mark v where applicable)

Mengalami kegagalan tahap akhir ireversibel dari organ yang bersangkutan sehingga dibutuhkan tindakan transplantasi

Irreversible end stage failure of the relevant organ, so transplantation surgery is needed

Pada transplantasi sumsum tulang, menggunakan sel punca hematopoietik yang didahului oleh ablasi sumsum tulang

In bone marrow transplantation, using hematopoietic stem cells preceded by bone marrow ablation

Bukan semua kondisi di atas

Not all of the above conditions

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang dan laporan operasi

Please attach examination results and surgery report

GAGAL GINJAL**KIDNEY FAILURE**

Diagnosa

Diagnosis

Penyebab penyakit

Cause of diseases

Kondisi yang dialami pasien (Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai) :

Patient's conditions (Please mark v where applicable)

Mengalami gagal ginjal tahap akhir

End stage kidney failure

Terjadi kegagalan fungsi dari kedua ginjal secara ireversible

Irreversible function failure from both kidney

Bukan semua kondisi di atas

Not all of the above conditions

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang dan laporan operasi

Please attach examination results and surgery report

PENYAKIT HATI KRONIS**CHRONIC LIVER DISEASE**

Diagnosis

Diagnosis

Penyebab penyakit

Cause of diseases

Kondisi yang dialami pasien (Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai) :

Patient's conditions (Please mark v where applicable)

Kegagalan fungsi stadium akhir disertai dengan kuning yang permanen

End stage liver failure as evidence by permanent jaundice

Asites

Ascites

Ensefalopati hepatikum

Hepatic encephalopathy

Bukan semua kondisi di atas

Not all of the above conditions

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang

Please attach examination results

PENYAKIT PARU KRONIS**CHRONIC LUNG DISEASE**

Diagnosis

Diagnosis

Penyebab penyakit

Cause of diseases

Kondisi yang dialami pasien (Mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai) :

Patient's conditions (Please mark v where applicable)

Penyakit paru stadium akhir dengan gagal napas kronis

End stage lung disease characterized by chronic respiratory failure

Tes FEV1 kurang dari 1 liter sehingga perlu oksigen permanen

FEV1 test value is less than 1 litre that requires permanent oxygen support

Analisa gas darah arteri dengan tekanan oksigen parsial 55mmHg atau kurang

Arterial blood gas analysis reading with partial oxygen pressure of 55mmHg or less

Dispnea saat istirahat

Dyspnea at rest

Bukan semua kondisi di atas

Not all of the above conditions

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan penunjang

Please attach examination results

PERNYATAAN DOKTER
DOCTOR'S DECLARATION

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini adalah dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap, benar, sejujur-jujurnya, dan tanpa paksaan dari pihak manapun juga.

I, who sign below, is the attending pyhsician, and declares that I have read and answered all above questions completely, correctly, truthfully, and without any compulsion from any part.

Ditandatangani di :
Signed in

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)
Date (dd/mm/yyyy)

Tanda tangan & Nama Dokter
Doctor's Signature & Name

Cap Rumah Sakit
Hospital Stamp