



4. Berapa lama gejala tersebut menurut anda terakhir dirasakan ? Mohon jelaskan alasannya.

--

5. Dari **ANAMNESIS** anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ?  
Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita Tertanggung.

Jenis Penyakit / Keluhan	Sejak kapan menurut <b>ANAMNESIS</b> anda

6. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

--

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya.

N a m a	A l a m a t

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan Obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

--

---

## **B. RINCIAN MEDIS**

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci, dan kapan diagnosa tersebut dibuat.

--

2. Bila Tertanggung menderita Penyakit Meningitis Bakteri, apakah telah terjadi peradangan pada selaput otak atau sumsum tulang belakang akibat dari penyakit tersebut ?  
Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci.

3. Bila Tertanggung menderita Penyakit Radang Otak, apakah telah terjadi inflamasi dari otak akibat dari penyakit tersebut ?  
Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci.

4. Apakah penyakit tersebut telah menimbulkan ketidakmampuan neurologis yang permanen ?  
Mohon jelaskan secara rinci status neurologis dan sejak kapan terjadi ketidakmampuan neurologis tersebut ?

5. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (Laboratorium darah ,pungsi lumbal, CT Scan, atau MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

6. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?

7. a. Apakah penyakit yang diderita saat ini merupakan penyakit primer atau komplikasi dari penyakit lain ?  
Mohon jelaskan.

- b. Jika bukan merupakan penyakit primer, maka jelaskan secara rinci komplikasi dari penyakit apa dan sejak kapan diderita.

8. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

N a m a	A l a m a t

9. Menurut pendapat anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi penyakit yang disebutkan pada halaman pertama ?

10. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.

Saya menyatakan bahwa saya pribadi yang merawat penderita tersebut di atas dan bahwa semua keterangan tentang pasien dalam pernyataan ini adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini pada saat ini.

Nama Dokter :

Alamat Dokter :

Kode Pos :       Telpon :

Postal Code

Tanggal  -  -

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan dan stempel dokter

Catatan :