

3. Dari **ANAMNESIS** anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? (Contohnya : Kelainan bawaan / congenital & penyakit neuromuscular) Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita Tertanggung.

Jenis Penyakit / Keluhan	Sejak kapan menurut ANAMNESIS anda

4. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

5. 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

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon anda jelaskan diagnosa anda secara rinci, sejauh mana tingkat ketidaknormalan Tulang Belakang pada Tertanggung.

2. Mohon jelaskan tentang posisi curva tulang belakang pada Tertanggung apakah sudah melebihi dari 40 derajat cobb ?

3. Mohon jelaskan apakah penyebab Scoliosis pada Tertanggung bersifat Idiopatik ? Bila "Tidak" mohon jelaskan apa penyebab kelainan tulang belakang pada Tertanggung ?

4. Mohon jelaskan apakah kelainan bentuk tulang belakang ini ada hubungan dengan kelainan bawaan (congenital) ?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.

--

5. Mohon jelaskan apakah kelainan bentuk tulang belakang ini ada hubungan dengan penyakit neuromuscular?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.

--

6. Mohon jelaskan apakah sudah dilakukan operasi spinal untuk mengkoreksi curvature tulang belakang pada Tertanggung yang tidak normal ke bentuk normal (berbentuk garis lurus yang tampak dari punggung) dan kapan tindakan tersebut dilakukan ?

--

7. 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

8. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

--

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 :
Postal Code

Telpon :

Tanggal - -

Tanda tangan dan stempel dokter

Catatan :