



3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama gejala penyakit dirasakan oleh pasien ?  
*Based on anamnesis, how long did the symptoms occurred ?*

|  |
|--|
|  |
|--|

4. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter ? Mohon dijelaskan  
*Related to the above symptoms, did the atient take any medication or visite doctor ? Please explain*

|  |
|--|
|  |
|--|

5. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.  
*Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related disease ? Please give explanation about the disease / symptoms and since when it was detected*

| Gejala - Penyakit / <i>Symptom - Disease</i> | Pertama kali terdeteksi / <i>First detected</i> |
|--|---|
|  |   |

6. Kapan pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?  
*When did the patient first become aware of the disease ?*

|  |
|--|
|  |
|--|

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir  
*Please provide the name and address of the doctors / hospitals which patient had attended and the date of last attendance*

| Nama / <i>Name</i> | Alamat / <i>Address</i> |
|--------------------|-------------------------|
|                    |                         |

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.  
*Please give details about the patient's habits in smoking, alcohol and drug abuse ? What kind and how many a day ?*

|  |
|--|
|  |
|--|

---

## B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci  
*Please provide the diagnosis in details*

|  |
|--|
|  |
|--|

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?

*First time diagnosis was made*

2. Mohon jelaskan secara rinci akibat dari kondisi tersebut diatas atas kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari.  
*Please explain the impact of that condition above to his/her daily activities.*

3. Mohon jelaskan sebab terjadinya kondisi tersebut diatas.  
*Please explain the cause of that condition above.*

4. Dari 5 (lima) aktifitas hidup berikut ini, apakah terdapat ketidakmampuan pasien untuk melakukan aktifitas tersebut secara permanen ?  
Mohon berikan tanda [V]  
*From 5 (five) daily activities stated here, which are not able to be done by the patient permanently ?  
Please remark with [V]*

| Aktifitas Hidup Sehari-hari / Daily Activity  | Mampu / Capable | Tidak Mampu / Not Capable |
|---|-----------------|---------------------------|
| Mandi, diartikan sebagai kemampuan sendiri membersihkan tubuh saat mandi atau menggunakan shower (pancuran) atau membersihkan tubuh menggunakan cara-cara lainnya dengan baik.<br><i>Taking a bath shall refer to self-ability to clean own body when taking a bath or using shower or cleaning own body using other good manners</i>                                 |                 |                           |
| Berpakaian, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk mengenakan, melepas, mengencangkan dan melonggarkan segala jenis pakaian.<br><i>Dressing shall refer to self-ability to wear, put off, tighten, loosen all kinds of dresses.</i>  |                 |                           |
| Menyuap, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk menyuap makanan yang sudah disiapkan dan terhidang.<br><i>Feeding shall refer to self-ability to put the food into own mouth in which the food has been prepared and served.</i>   |                 |                           |
| Buang Air, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk buang air di kamar kecil atau jamban, atau setidaknya mampu menahan buang air untuk menjaga tingkat kebersihan diri yang memadai.<br><i>Relieving shall refer to self-ability to defecate and urinate in toilet or water closet, or at least able to defecate or urinate to keep good self-health condition.</i> |                 |                           |
| Beralih tempat, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk memindahkan tubuh dari tempat tidur ke kursi dengan sandaran yang tegak.<br><i>Moving shall refer to self-ability to move own body from bed to chair with upright support</i>   |                 |                           |
| Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda.<br><i>Move from one place to another on flat floor without using a wheelchair.</i>   |                 |                           |

5. Apakah ketidakmampuan pasien dalam beraktivitas hidup sehari-hari tersebut bersifat permanen dan tidak dapat disembuhkan ?  
*Is the inability of the activities of daily living in this patient permanent and not curable ?*

Ya / Yes

Tidak / No

Mohon penjelasan

*Please explain in detail*

6. Pemeriksaan laboratorium atau penunjang apa saja yang telah dilakukan berkaitan dengan penyakit diatas dan bagaimana hasilnya ?  
Mohon dapat dilampirkan hasilnya

*What kind of laboratory or diagnostic test done related to the above disease and how is the result ? Please attached the result*

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya

*Please give us the name and address of doctors / hospitals refferal for further treatment*

| Nama / Name | Alamat / Address |
|-------------|------------------|
|             |                  |

8. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini

*If there is any further information which will assist us in assessing the claim, please give details*

---

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar

*I hereby certify that I am the Doctor who treated the patient and all information in this form is correct*

Nama Dokter  
*Doctor's Name*

Alamat Dokter  
*Doctor's Address*

Kode Pos :  
*Postal Code*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan dan stempel dokter  
*Stamp and signature of the doctor*