

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

--

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors / hospitals visited by the patient

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide 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 your diagnosis.

--

Mohon jelaskan secara detail kejadian yang menyebabkan diagnosa / kondisi tersebut diatas
Please describe in details the incident that caused the above diagnosis / condition

--

2. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami keterbatasan fisik maupun mental sebagai akibat dari Trauma Kepala ? Jika Ya, mohon jelaskan jenis keterbatasan dan sejak kapan terjadinya ?
Based on the examination, is the patient suffered from physical or mentally limitation as a result of Head Injury ? If yes, please explain the type of limitation and since when it occurred ?

--

3. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami luka pada otak secara fisik yang menyebabkan kerusakan otak yang signifikan? Mohon jelaskan secara detail
According to the examination, Is the patient have physical head injury causing significant brain damage? Please explain in detail

--

4. Apakah pasien mengalami defisit neurologi yang permanen?
Is the patient have a permanent neurological deficit?

Ya / Yes

Tdk / No

5. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ? Ya / Yes Tdk / No
Is the patient capable of doing daily activities without any help from others ?

Jika Jawaban Tidak, Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah :
If No, Patient can not do daily activity such as :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mandi / <i>Taking a bath</i> | <input type="checkbox"/> Buang Air / <i>Relieving</i> |
| <input type="checkbox"/> Berpakaian / <i>Dressing</i> | <input type="checkbox"/> Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / <i>Moving</i> |
| <input type="checkbox"/> Menyuiap / <i>Feeding</i> | <input type="checkbox"/> berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda / <i>Transferring</i> |

Jika jawaban "Tidak", Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas ?
If "No", For how long did the insured can't do the above activity ?

6. **Untuk Keretakan Pada Kolom Tulang Belakang**, Apakah terjadi keretakan baru pada tulang belakang yang disebabkan oleh kecelakaan ? Ya / Yes Tidak / No
For Fracture of Spinal Column, Is there a new spinal fracture caused by an accident?

Jika Ya, kapan hal tersebut terjadi ?
If Yes, when did it happen?

7. **Untuk Keretakan Pada Kolom Tulang Belakang**, Apakah diperlukan perawatan rumah sakit untuk operasi terbuka pada pasien ? Ya / Yes Tidak / No
For Fracture of Spinal Column, Is require hospitalization for open surgical repair?

Mohon dijelaskan
Please explain

8. **Untuk Keretakan Pada Kolom Tulang Belakang**, Apakah terjadi defisit neurologis permanen pada fungsi motorik atau fungsi kandung kemih ? Ya / Yes Tidak / No
For Fracture of Spinal Column, Is there a permanent neurological deficit in motor function or bladder function?

Jika Ya, mohon di jelaskan kondisi defisit neurologis permanen yang dialami
If Yes, please explain the condition of the permanent neurological deficit suffered

9. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (Rontgen, CT Scan, MRI, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach test results (X-ray, CT Scan, MRI etc) that have been done and the conclusions.

