

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 / syptoms 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. <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. <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. <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. <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. <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. <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