

KUESIONER TENTANG STROKE

(Diisi oleh dokter yang pernah merawat)

Nama Calon Tertanggung _____ Tanggal lahir _____

Merupakan bagian dari permohonan No.

1. Kapan serangan stroke pertama kali terjadi ?
2. Sampai sekarang sudah terjadi berapa kali serangan ? (disebutkan kapan terjadinya)
3. Apakah Pasien ini pernah dirawat karena stroke atau hipertensi ?
(mohon disebutkan kapan, di mana dan berapa lama ?)
4. Apakah Pasien sedang dalam pengobatan ? (baik untuk hipertensi dan untuk stroke)

Nama obat yang diminum ? Berapa dosis yang diminum ?

5. Gejala apa saja yang diderita pada saat serangan stroke terjadi ? (disebutkan seperti tangan kanan/kiri tidak dapat digerakkan, kaki kanan / kiri tidak dapat digerakkan atau diangkat, lidah kaku, suara pelo dll).
6. Apakah Stroke yang diderita termasuk Stroke Haemorrhagic atau Non Haemorrhagic ?

7. Apakah gejala-gejala tersebut masih ada sampai sekarang ? (mohon disebutkan)

8. Apakah terdapat penyakit lain selain Hipertensi dan Stroke ?

9. Apakah penyakit yang diderita dikategorikan TIA ?

10. Apa penyebab penyakit TIA tersebut ?

11. Keterangan tambahan lainnya yang Anda anggap perlu.

12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan kesehatan pada saat perawatan untuk penyakit Stroke,
Misalnya hasil CT Scan Kepala atau hasil pemeriksaan laboratorium.

Saya, Sebagai dokter yang pernah merawat calon tertanggung dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas telah saya berikan secara lengkap dan benar.

_____, tanggal _____

Dokter yang merawat,

(Tanda tangan, Nama jelas dan Stempel dokter/RS.)

