

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 dan berikan tanggal konsultasi terakhir
Please give us the name and address of doctors / hospitals visited by the patient and the date of last attendance

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol 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 in details

--

Mohon jelaskan mengenai kejadian yang menyebabkan cedera, penyakit atau kondisi diatas (termasuk tanggal kejadian)
Please provide the cause of injury, disease or condition as stated above (include the event date)

--

2. Berapa lama (dalam jam) pasien dalam keadaan koma ?
How long (in hour) patient in coma ?

--

3. Alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan pasien ?
What life-supporting tools that required by patient ?

--

4. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan dari koma ? Mohon lampirkan hasil pemeriksaan
What kind of examination done to confirmed the coma condition. Please attached with the examination result.

--

5. Menurut anda, apakah pasien mengalami keterbatasan, baik secara fisik maupun mental, yang timbul sebagai akibat kerusakan otak dari koma tersebut ? Jika Ya, mohon jelaskan.
Please give the details on neurological sequelae or neurological deficit related brain defect caused by coma

6. Apabila pasien didiagnosa EPILEPSI, mohon penjelasan mengenai :
If the patient was diagnosed with EPILEPSY, please give details about :

- a. Dasar diagnosa EPILEPSI tersebut ? Mohon dijelaskan dan lampirkan hasilnya
The basis of diagnosis ? Please explain the result of EEG, MRI, PET and also provide the result

- b. Frekuensi serangan EPILEPSI dalam satu minggu?
Frequency of Epilepsy attack in one week?

- c. Obat-obatan anti EPILEPSI yang diberikan?
Antiepileptic drugs that prescribed to the patient?

- d. Sudah berapa lama pasien mengkonsumsi obat-obatan anti EPILEPSI tersebut?
How long have the patient been taking those Antiepileptic drugs?

Kurang dari enam bulan
Less than six months

Lebih dari enam bulan
More than six months

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang rujukan untuk perawatan selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors / hospitals referral for further treatment

N a m a / Name	A l a m a t / 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 this 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