

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?
When the patient first become aware of the illness ?

--

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

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 detail

--

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?
First time diagnosis was made

--

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear.

--

3. Apakah ada gangguan pada alat pancaindra, cairan cerebrospinal atau gangguan ketegangan gerakan otot yang tidak normal ?
Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci
Are there any abnormality in sensory organ, cerebrospinal fluid, or movement disorders of muscle tension ?
If yes, please explain in detail

--

4. Mohon jelaskan otot-otot di bagian tubuh mana saja yang terkena.
Please describe which muscles that affected

5. Apakah diagnosa telah ditegakan dengan menggunakan :
Had the diagnosis been confirmed by :

- a. Electromiogram ? Ya Tidak
Electromyogram ? Yes No
- b. Biopsi otot ? Ya Tidak
Muscle biopsy ? Yes No

6. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan neurologi, hasil electromiogram, biopsi otot, hasil laboratorium dan lain-lain telah dilakukan dan hasil / kesimpulan yang ada
Please attach results of any examination performed (neurology examination, electromyogram, muscle biopsy, laboratory etc) and provide the result / summary

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?
What is the treatment being done for the recovery and what is medication that patient having right now ?

8. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosisnya ? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the current state of the patient and how is the prognosis ? Please explain in detail.

9. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ? Ya / Yes Tdk / No
Can the patient to daily activities without any help from others ?

Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah :
Patient can not do daily activity such as :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mandi / <i>Taking 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> | |

Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas ?
For how long did the patient can't do the above activity ?

10. 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

11. 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 have personally attended the above named patient and that all the information supplied by me in this form is true

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

Catatan / Note :