

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

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci dan sejauh mana tingkat ketidaknormalan Tulang Belakang tersebut
Please explain your diagnosis and the abnormality level of the spine

--

Mohon jelaskan sejauh mana tingkat kelainan dari Tulang Belakang tersebut
Please explain the abnormality level of the spine

--

2. Apakah posisi / kemiringan kurva tulang belakang sudah melebihi dari 40 derajat Cobb ? Mohon dijelaskan
Is the position of the curve of the spine more than 40 degree Cobb ? Please explain

--

3. Apakah Scoliosis yang diderita Tertanggung bersifat Idiopatik ? Mohon dijelaskan apa penyebab kelainan tersebut
Is the insured suffered from Scoliosis Idiopathic ? Please explain the cause of spine abnormality

--

4. Apakah kelainan bentuk tulang belakang ini merupakan suatu kelainan bawaan (kongenital) ?
Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.
Is the cause of spine abnormality related to congenital disorder ? Please describe and attach the examination results

--

5. Mohon jelaskan apakah kelainan bentuk tulang belakang ini ada hubungan dengan penyakit neuromuscular ?

Mohon uraikan dan lampirkan hasil pemeriksaan anda.

Please explain if there was any connection of spinal deformity with neuromuscular disease ?

Please describe and attach the results of your examination

6. Mohon jelaskan apakah sudah dilakukan operasi untuk mengkoreksi kelainan tulang belakang sehingga menjadi normal yang berbentuk garis lurus (yang tampak dari punggung) dan kapan dilakukan ?

Please explain if surgery was performed to correct curvature of the spine into a normal straight line (that looked from the back) and when is the surgery done ?

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. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan

Please attach the results of that examination has been done with conclusion

9. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini

If there is any further information which will assist our claim department 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