



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

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol 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.*

--

Mohon jelaskan secara detail kejadian yang menyebabkan diagnosa / kondisi tersebut diatas  
*Please describe in details the incident that caused the above diagnosis / condition*

--

2. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pasien mengalami keterbatasan fisik maupun mental sebagai akibat dari Trauma Kepala ? Jika Ya, mohon jelaskan jenis keterbatasan dan sejak kapan terjadinya ?  
*Based on the examination, is the patient suffered from physical or mentally limitation as a result of Head Injury ? If yes, please explain the type of limitation and since when it occurred ?*

--

3. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ?  Ya / Yes  Tdk / No  
*Is the patient capable of doing daily daily activities without any help from others ?*

Mandi / Taking a bath

Buang Air / Relieving

Berpakaian / Dressing

Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / Moving

Menyuyap / Feeding

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

--

