

**KUESIONER TENTANG EPILEPSI**

**Nama Pihak Yang Diasuransikan** : \_\_\_\_\_  
**No. Proposal** : \_\_\_\_\_

1. Sejak umur berapa Anda terserang epilepsi?
2. Berapa kali terjadi serangan dalam satu bulan atau setahun?
3. Kapan terakhir kali serangan terjadi?
4. Pada saat terjadi serangan, apakah:
  - a. Hanya hilang kesadaran sejenak tanpa kaku-kaku, kemudian lupa dengan apa yang telah terjadi?
  - b. Tiba-tiba jatuh atau kaku – kaku pada seluruh tubuh dengan irama kaku-lemas-kaku secara bergantian, juga terjadi pada otot-otot wajah dengan mulut berbusa. Dan pada saat terjadi kedua kaki dan lengan lurus, kesadaran hilang dan bila berakhir, kemudian tertidur?
5. Sebelum serangan terjadi, apakah dirasakan adanya pusing – pusing, mencium bau-bauan, melihat cahaya, atau mendengar bunyi – bunyian?
6. Apakah pernah dirawat karena epilepsi?
7. Apakah anda selalu berkonsultasi / berobat ke dokter?  
  
Nama dan alamat dokter tersebut?
8. Kapan terakhir kali anda berkonsultasi dengan dokter?  
Apakah anda mendapat obat? Sebut nama dan dosisnya .
9. Apakah sampai sekarang anda masih minum obat secara teratur?

10. Apakah Anda pernah menderita penyakit infeksi selaput otak/gegar otak sebelumnya?

11. Apakah ada riwayat keluarga yang menderita epilepsi seperti ayah, ibu, saudara-saudara lain?

12. Apakah Anda menderita penyakit lain seperti kencing manis, hipertensi dan lain – lain?

13. Apakah pernah melakukan pemeriksaan antara lain:

a. E.E.G ( rekaman syaraf otak ), kapan? Hasilnya?

b. Rontgen photo tengkorak (kepala), Kapan?  
Hasilnya?

14. Keterangan tambahan lainnya?

Pernyataan di atas, adalah benar dan sesuai dengan kondisi kesehatan saya saat ini.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(tempat dan tanggal)

Calon Pihak Yang Diasuransikan,

(\_\_\_\_\_)

**KUESIONER TENTANG EPILEPSI  
(Diisi oleh dokter yang merawat)**

**Nama Pihak Yang Diasuransikan** : \_\_\_\_\_  
**Tanggal lahir** : \_\_\_\_\_

1. Sejak umur berapa Pasien terserang epilepsi?
2. Berapa kali terjadi serangan dalam satu bulan atau setahun?
3. Kapan terakhir kali serangan terjadi?
4. Pada saat terjadi serangan, apakah:
  - a. Hanya hilang kesadaran sejenak tanpa kaku-kaku, kemudian lupa dengan apa yang telah terjadi?
  - b. Tiba-tiba jatuh atau kaku – kaku pada seluruh tubuh dengan irama kaku-lemas-kaku secara bergantian, juga terjadi pada otot-otot wajah dengan mulut berbusa. Dan pada saat terjadi kedua kaki dan lengan lurus, kesadaran hilang dan bila berakhir, kemudian tertidur?
5. Sebelum serangan terjadi, apakah dirasakan adanya pusing – pusing, mencium bau-bauan, melihat cahaya, atau mendengar bunyi – bunyian?
6. Apakah pernah dirawat karena epilepsi?
7. Apakah Pasien selalu berkonsultasi / berobat ke dokter? Berikan Nama dan alamat dokter tersebut?
8. Kapan terakhir kali Pasien berkonsultasi dengan dokter? Apakah Pasien mendapat obat? Sebut nama dan dosisnya.

9. Apakah sampai sekarang Pasien masih minum obat secara teratur?
  
10. Apakah Pasien pernah menderita penyakit infeksi selaput otak/gegar otak sebelumnya?
  
11. Apakah ada riwayat keluarga yang menderita epilepsi seperti ayah, ibu, saudara-saudara lain?
  
12. Apakah Pasien menderita penyakit lain seperti kencing manis, hipertensi dan lain – lain?
  
13. Apakah Pasien pernah melakukan pemeriksaan antara lain:
  - a. E.E.G ( rekaman syaraf otak ), kapan? Hasilnya?
  
  - b. Rontgen photo tengkorak (kepala), Kapan? Hasilnya?
  
14. Apa jenis Epilepsi yang diderita oleh Pasien ini?

Pernyataan di atas, adalah benar dan sesuai dengan kondisi kesehatan Pasien saat ini.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(tempat dan tanggal)  
Dokter yang merawat,

(Nama dan tanda tangan Dokter)