

DATA PESERTA

Nama Pasien:	Nomor Rekam Medis:
Tanggal Lahir:	Alamat:

INFORMASI KESEHATAN

Mohon diisi dengan huruf cetak dan informasi berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien

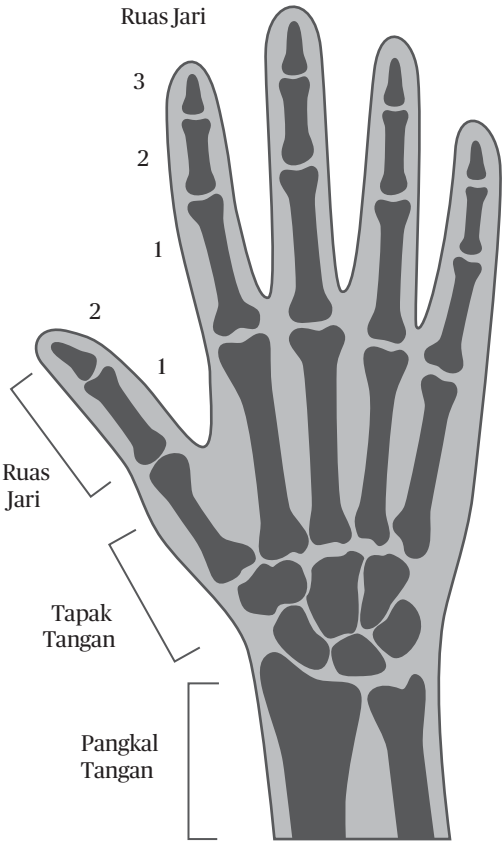
1. Diagnosis Penyakit pada saat perawatan:	Hasil Pemeriksaan Fisik: __/__/__(dd/mm/yy)		
2. Hasil Pemeriksaan Penunjang	Tanggal Pemeriksaan: __/__/__(dd/mm/yy)		
Jenis Pemeriksaan: <input type="checkbox"/> CT Scan Kepala <input type="checkbox"/> MRI Kepala <input type="checkbox"/> Lainnya _____			
3. Bagian tubuh* mana yang mengalami kecacatan/kelumpuhan? <i>(*dapat dipilih lebih dari satu bagian tubuh yang mengalami kecacatan/kelumpuhan)</i>			
Mata	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Visus : _____/_____		
Wajah	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Tubuh	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Lengan Atas	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Lengan Bawah	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Telapak Tangan	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Tungkal Atas	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Tungkal Bawah	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
Telapak Kaki	<input type="checkbox"/> Kanan <input type="checkbox"/> Kiri Motorik : _____/_____		
4. Apakah kondisi yang dialami Pasien saat ini, sifatnya menetap dan tidak dapat disembuhkan selama sisa hidup Tertanggung? <input type="checkbox"/> Ya, sejak tanggal: __ bulan: __ tahun: _____ <input type="checkbox"/> Belum bisa ditentukan, masih dalam evaluasi <input type="checkbox"/> Tidak			
5. Apakah saat ini pasien memiliki kebutuhan/ketergantungan akan alat bantu? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
6. Pasien mengalami ketidakmampuan* untuk melakukan kegiatan berikut tanpa bantuan orang lain: <i>(*dapat dipilih lebih dari satu ketidakmampuan)</i>			
<input type="checkbox"/> Mandi			
<input type="checkbox"/> Berpakaian			
<input type="checkbox"/> Makan/minum			
<input type="checkbox"/> Menggunakan toilet			
<input type="checkbox"/> Mengubah posisi tubuh (misal: tidur menjadi duduk, duduk menjadi berdiri)			
<input type="checkbox"/> Berpindah tempat (misal: berjalan ke ruangan lain)			
7. Apakah kondisi Pasien saat ini memungkinkan Pasien melakukan pekerjaan atau profesi yang biasa Pasien lakukan untuk mendapatkan penghasilan/gaji? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, karena _____			
8. Apakah Pasien masih melakukan kontrol ke Dokter untuk diagnosis di atas? Mohon dapat dijelaskan termasuk gejala sisa neurologis (jika masih ada)?			
No	Tanggal Kontrol	Gejala Sisa Neurologis	Masih Timbul Saat Kontrol
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Demikian semua keterangan yang Saya buat dalam Formulir Keterangan Dokter ini adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.

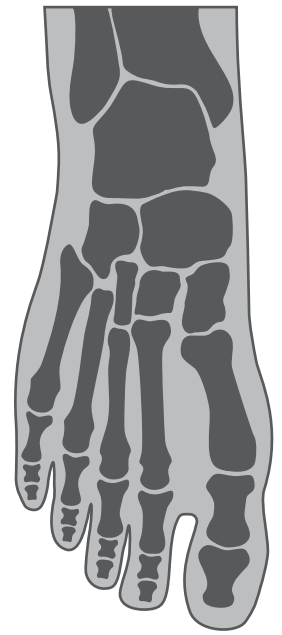
Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di _____, tanggal _____ 20 ____

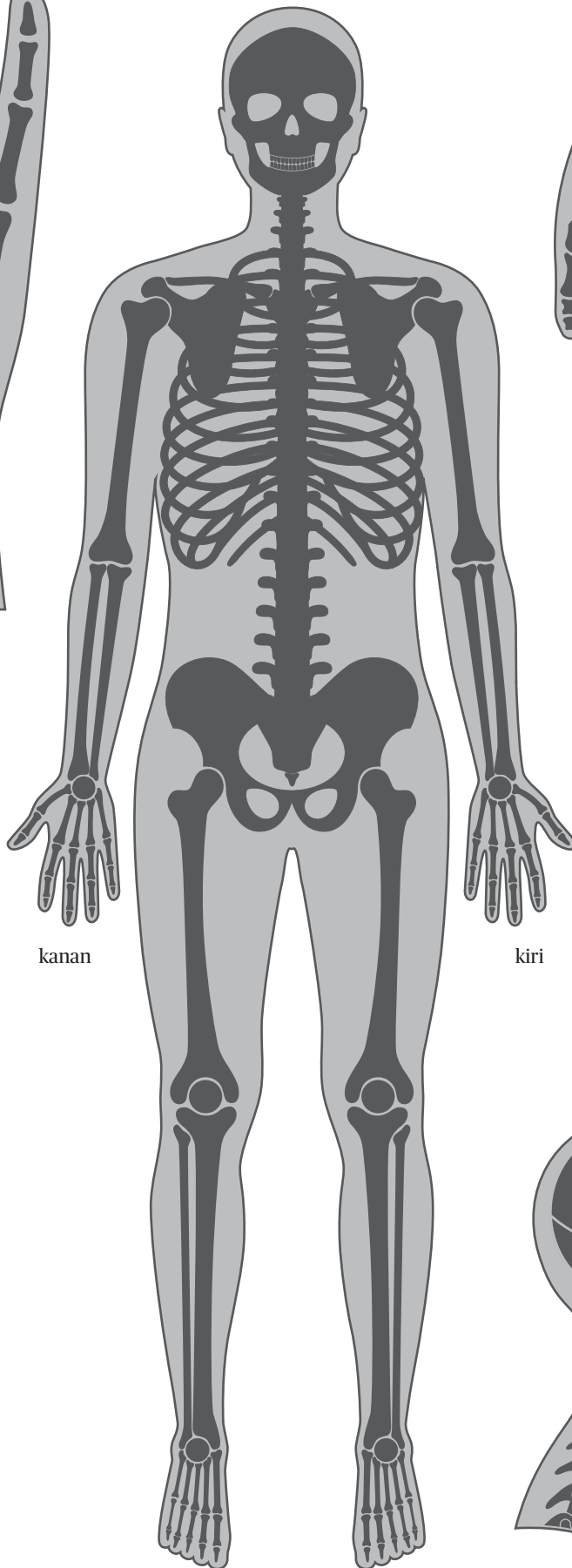
Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit



kanan - kiri



kanan - kiri



kanan

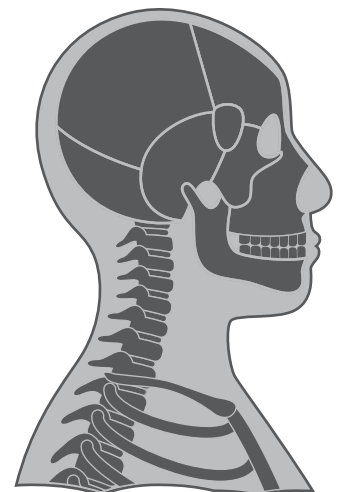
kiri



kanan - kiri



kanan - kiri



kanan - kiri