

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK EPILEPSI BERAT**  
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

Nama : ..... No. MR .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

1. Anamnesa : .....

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : ..... / ..... / ..... :

3. Penyebab penyakit tsb: .....

4. Nama operasi? ..... Tanggal operasi (dd/mm/yy) : ..... / ..... / .....  
Di ..... oleh .....

5. Sebelum operasi, terdapat kejang apa (jawaban ditandai 'v'):

☐ tonic ☐ atonic ☐ myoclonic ☐ clonic ☐ focal/ partial simple  
☐ focal/ partial complex ☐ grand mal/ tonik-klonik ☐ petit mal ☐ lainnya .....

6. Apakah kejang-nya terjadi berulang?

☐ Tidak ☐ Ya, tanggal terjadinya (dd/mm/yy) & mohon sertakan bukti rekam medis: .....

7. Sebutkan nama obat epilepsy untuk pasien:

☐ satu macam obat, yaitu .....  
☐ > 1 macam/ kombinasi, yaitu .....

8. Konsumsi obat tersebut sejak tanggal (dd/mm/yy) ..... / ..... / ..... , berlangsung kurun waktu: ☐ < 6 bulan => ☐ 6 bulan

9. Prognosis: .....

10. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium cairan otak/ spinal tap/ darah, EEG, CTscan/ MRI/ PETscan/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll): -> dapat tulis di halaman baliknya.

11. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol): .....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/pemeriksaan penunjang, & hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan