



**KUESIONER KEJANG DAN EPILEPSI**  
(diisi oleh dokter yang merawat)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

10. Apakah Pasien dikarenakan Kejang / Epilepsinya mengalami gangguan dibawah ini?

- a. Mental Retardation       Ya     Tidak
- b. Dementia                     Ya     Tidak
- c. Paranoia                     Ya     Tidak
- d. Psychoorganic syndrome  Ya     Tidak
- e. Personality changes       Ya     Tidak
- f. Lainnya, Jelaskan .....

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan penyakit Pasien?  
.....

**PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya, dengan tetap menjunjung kode etik kedokteran dan peraturan yang berlaku atas profesi saya sebagai dokter.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan, Nama Jelas dan Cap Dokter Pemeriksa)