

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK DEMENSIA/ ALZHEIMER
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

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. Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan (jawaban ditandai 'v')?

Ya/ reversible Tidak/ permanent lainnya:

Prognosis:

.....

5. Apakah terdapat atrofi luas seluruh korteks serebral?

Ya, mohon jelaskan perubahan histopatologis-nya & lampirkan bukti medis.

.....

Tidak, mohon jelaskan sampai mana atrofinya?

.....

6. Apakah terdapat hal berikut di bawah ini (jawaban Ya ditandai 'v')?

Gangguan memori

Gangguan penilaian

Gangguan kognitif

Gangguan berpikir abstrak

Perubahan kepribadian

Perlu pengawasan orang lain terus menerus

Lainnya

7. Hasil/ interpretasi CTscan/ MRI/ PETscan, tanggal (dd/mm/yy) / /

.....

.....

.....

.....

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK DEMENSIA/ ALZHEIMER
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

8. Pemeriksaan/ tes standar untuk penyakit tsb (jawaban ditandai 'v' & mohon lampirkan bukti hasil tes):

- MMSE/ Mini Mental State Exam
- 3MS/ Modified Mini Mental Exam
- GPCog/ General Practitioner Assessment of Cognition
- ADAS-Cog/ Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognition
- PAS/ Psychogeriatric Assessment Scale
- RUDAS/ Rowland Universal Dementia Assessment Scale
- KICA-Cog/ Kimberley Indigenous Cognitive Assessment
- MoCA/ Montreal Cognitive Assessment
- Lainnya

9. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium, dll):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laborarorium/ pemeriksaan penunjang, dan 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