

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

2 Lembar

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang diperlukan dalam menentukan/mendiagnosa salah satu penyakit diantara penyakit-penyakit khusus sebagaimana terlampir dalam daftar diatas pada 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 dikendalikan dengan obat-obatan (jawaban ditandai 'v')?  Ya  Tidak

Prognosis: .....

5. Defisit neurologis (mohon sertakan bukti medis tertulis):

▲ Refleks patologis: .....

▲ Sensorik: .....

▲ Motorik: .....

Derajat Kekuatan Motorik (0-5)*	Anggota Badan	Derajat Kekuatan Motorik (0-5)*	Anggota Badan
	Anggota Badan Kiri Atas		Anggota Badan Kanan Atas
	Anggota Badan Kiri Bawah		Anggota Badan Kanan Bawah
	Lainnya: .....		Lainnya: .....

(\*) Derajat kekuatan motorik :

5 : Kekuatan penuh untuk dapat melakukan aktifitas

4 : Ada gerakan tapi tidak penuh

3 : Ada kekuatan bergerak untuk melawan gravitasi bumi

2 : Ada kemampuan bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi bumi

1 : Hanya ada kontraksi

0 : Tidak ada kontraksi sama sekali

Defisit lainnya: .....

▲ Masalah berbicara  Ya  Tidak

▲ Masalah kunyah/ telan  Ya  Tidak

▲ Lainnya .....

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

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy) ..... / ..... / ..... , berlangsung dlm kurun:  < 6 bulan  =/> 6 bulan

6. Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	Kiri	Kanan
<b>Atrofi otot</b>	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
<b>Tonus otot</b>	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya: .....	Lainnya: .....

Lower Limbs	Kiri	Kanan
<b>Atrofi otot</b>	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
<b>Tonus otot</b>	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya: .....	Lainnya: .....

7. Adakah dampak yang menetap/ permanen sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien?  Ya  Tidak, sampai kapan? .....  
Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti:

Dapat	Tidak	
		Mandi
		Melakukan BAB dan BAK
		Berjalan
		Bekerja (dalam/ luar) rumah *coret yg tak perlu

Dapat	Tidak	
		Berpakaian
		Mengendalikan BAB dan BAK
		Makan dan Minum

Dan/atau gejala klinis yang lain yang perlu disampaikan: .....

.....

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy) ..... / ..... / ..... s/d ..... / ..... / .....

8. Hasil/ interpretasi CTscan/ MRI/ PETscan: .....

.....

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 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