

| Upper Limbs | kiri | kanan |
|-------------|--|--|
| Atrofi otot | <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak |
| Tonus otot | <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid | <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid |
| | Lainnya:..... | Lainnya:..... |

| Lower Limbs | kiri | kanan |
|-------------|--|--|
| Atrofi otot | <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak |
| Tonus otot | <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid | <input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid |
| | Lainnya:..... | Lainnya:..... |

6. Apakah ada gangguan fisik menetap/ permanen (tak dpt dipulihkan) sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien ?

Ya Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti :

Dapat Tidak

Mandi

Melakukan BAB dan BAK

Makan dan Minum

Dapat Tidak

Berpakaian

Berjalan

Bekerja (dalam/luar) rumah *coret yg tak perlu

Dan/atau kondisi lain yang perlu disampaikan :

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

7. Apakah pasien butuh perawatan medis harian dengan fasilitas medis khusus yang terus menerus?

Tidak

Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../..... dengan kurun waktu: < 3 bulan
 3- <6 bulan
 => 6 bulan

(bila "Ya", mohon lampirkan bukti medis mengenai kondisi tsb yg terdokumentasi)

8. Pengobatan/ berbagai terapi:

9. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, kultur darah/ mikrobiologi/ tes bakteri, laporan tindakan medis, 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.

Tempat & tanggal dibuat, _____
Dokter yang merawat,

(_____)
nama jelas, tandatangan & cap stempel

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