

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PARKINSON

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	: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> 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.....

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dlm kurun:

< 6 bulan       => 6 bulan

6. Pemeriksaan otot:

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:.....

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.

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*

PUSAT LAYANAN NASABAH

Sequis Center Lt Dasar Jl. Jend. Sudirman No.71 Jakarta 12190 Tel.(62-21) 2994 2929 Fax.(62-21) 5223 260 Email : [care@sequislife.com](mailto:care@sequislife.com) Web : [www.sequis.co.id](http://www.sequis.co.id)