

Epilepsy Questionnaire Pertanyaan Penyakit Sawan

**To be completed by attending Doctor
(Untuk dilengkapkan oleh Doktor yang merawat)**

Proposed Life / Pencadang Policy Owner / Pemegang Polisi NRIC No. / No KP : _____ Age / Umur : _____ Sex / Jantina : <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	Proposal No / No Cadangan : NRIC No. / No KP : Sex / Jantina : <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
<p>We would appreciate if you could kindly complete this questionnaire Kami amat menghargai sekiranya tuan/puan dapat melengkapkan daftar pertanyaan ini</p>	
(1) Date of first consultation at your clinic for epilepsy. <i>Tarikh pertama kali beliau hadir ke klinik tuan untuk rawatan serangan sawan.</i>	
(2) Date of onset of epilepsy. <i>Tarikh pertama kali penyakit sawan beliau dikenal pasti.</i>	
(3) Nature and frequency of epileptic attacks. <i>Bagaimanakah keadaan dan kekerapan serangan sawan tersebut.</i>	
(4) Type of epilepsy. <i>Jenis Penyakit Sawan.</i>	
(5) Date of last attack. <i>Tarikh terakhir serangan terjadi.</i>	
(6) Have there been any episodes of status epilepticus. If so please indicate date. <i>Adakah sebelum ini terdapat serangan yang berstatus epilepticus Sekiranya ada sila nyatakan tarikh ianya berlaku</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(7) Please state the medication and dosage of treatment given to control his/her epilepsy. <i>Sila nyatakan rawatan ubatan dan dos yang diberikan untuk mengawal penyakit sawan beliau</i>	
(8) Is the epilepsy well controlled? <i>Adakah penyakit sawan tersebut dapat dikawal sepenuhnya</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(9) Does the above named follow up with you for his/her epilepsy regularly? <i>Adakah beliau sering menjalani rawatan lanjut untuk penyakit sawan beliau?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(10) Please give the date and results of any electroencephalogram carried out. <i>Sila berikan tarikh dan keputusan sfasatan electroencePhatogram yang dilakukan.</i>	
(11) Are there any other relevant facts (e.g. consumption of alcohol) which might have a bearing in his/her insurability? If so please state full details. <i>Adakah ada fakta relevan yang lain (cth minum minuman keras) yang mungkin akan membantu kami menilai risiko insurans beliau. Sekiranya ada sila bell ulasan lanjut.</i>	
This report has been prepared By:- <i>Laporan ini telah disediakan oleh:-</i> Signature of Doctor : _____ <i>Tandatangan Doktor</i> Dated : _____ <i>Tarikh</i>	Clinic Rubber Stamp : _____ <i>Cop Rasmi Klinik</i> Telephone No. : _____ <i>No. Telefon</i>

KINDLY RETURN THIS FORM IN A SEALED ENVELOPE TO THE UNDERWRITER OF OUR COMPANY SO AS TO MAINTAIN CONFIDENTIALITY OF THE INFORMATION THAT YOU HAVE PROVIDED.

SILA KEMBALIKAN BORANG INI DALAM SAMPUL SURAT YANG DIGAM KEPADA PENGUNDERAAIT PIHAK SYARIKAT BAGI MENJAMIN KERAHSIAAN MAKLUMAT YANG TELAH ANDA BERIKAN.