

**KUESIONER KHUSUS UNTUK KESEHATAN**

Nama Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_

Nomor SPA J : \_\_\_\_\_ No. KTP/SIM/Paspor : \_\_\_\_\_

No.	Pertanyaan	Jawaban dan Penjelasan
1.	<b><u>Tanda-tanda dan Gejala</u></b> Jelaskan keluhan/gejala yang dirasakan calon Tertanggung pertama kali? Kapan pertama kali tanda-tanda atau gejala tersebut muncul ?	
2.	<b><u>Diagnosa</u></b> a) Sebutkan diagnosa yang ditegakkan dan penyebabnya. Kapan diagnosa ditegakkan?  b) Jika telah dilakukan pemeriksaan penunjang/diagnostic seperti pemeriksaan darah dan urin, X-ray, EKG, CT scan, dll., sebutkan tanggal dilakukan dan hasilnya.	
3.	<b><u>Pengobatan</u></b> a) Apakah anda pernah menjalani suatu pengobatan atau mengkonsumsi obat sehubungan dengan kondisi tersebut di atas ? Jika ya, sebutkan kapan pertama kali menerima pengobatan, jenis pengobatan dan/atau obat yang dikonsumsi.  b) Apakah Anda saat ini masih dalam pengobatan? Jika ya, sebutkan jenis pengobatan yang dilakukan dan obat yang dikonsumsi. Jika tidak, sebutkan kapan pengobatan kepada Anda mulai dihentikan oleh dokter Anda.  c) Apakah Anda pernah dirawat di Rumah Sakit sehubungan kondisi Anda tersebut? Jika ya, sebutkan nama rumah sakitnya dan berapa lama Anda menjalani perawatan tersebut.  d) Apakah dilakukan pembedahan sehubungan kondisi tersebut? Jika ya, sebutkan jenis pembedahan yang dilakukan dan tanggal dilakukannya pembedahan tersebut.  e) Apakah Anda pernah tidak bekerja sehubungan dengan kondisi Anda tersebut? Jika ya, sebutkan lamanya tidak bekerja.	
4.	<b><u>Kondisi saat ini</u></b> a) Kapan terakhir kali mengalami serangan atau gejala timbul. b) Berapa kali serangan/gejala timbul dalam 12 bulan terakhir. c) Berapa kali serangan/gejala timbul sejak pertama kali menderita sakit. d) Apakah Anda kembali pulih sepenuhnya tanpa efek sisa atau timbul komplikasi karena pengobatan, terapi yang diberikan atau mengalami hambatan dalam beraktivitas? Sebutkan kapan tindaklanjut/pemeriksaan/investigasi berikut akan dilakukan.	
5.	Sebutkan nama dan alamat dokter yang merawat/memeriksa Anda sehubungan kondisi/penyakit ini.	

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan.

Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tanggal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nama Lengkap dan Tandatanganan Calon Tertanggung