

ANGINA QUESTIONNAIRE (To completed by the Medical Examiner)

KUESIONER ANGINA (Diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

Proposal Number / Nomor SPAJ : _____
Name / Nama Calon Tertanggung : _____
New NRIC No / Nomor Identitas Diri : _____

1. Was the diagnosis Pectoris Coronary Insufficiency, Coronary Thrombosis or Myocardial Infraction?
Apakah diagnosa tersebut Pectoris Coronary Insufficiency, Coronary Trombosis atau Myocardial Infraction?

2. What was the / Mohon jelaskan :
 - a) Date of onset of the attack / Tanggal terjadinya serangan?

 - b) Duration of acute symptoms / Durasi gejala akut?

 - c) Total period of incapacity / Lama waktu ketidakmampuan?

 - d) Date of return to work / Tanggal kembali bekerja?

3. Was the diagnosis supported by electrocardiograms?
Apakah diagnosa tersebut didukung oleh hasil electrocardiograms?

4. Have electrocardiograms taken subsequently shown any significant change?
Apakah hasil electrocardiograms menunjukkan perubahan signifikan?

5. What was the nature of treatment? / Jenis perawatan apa saja yang diberikan?

6. Please give details of any episodes of Coronary Disease causing time off work, which have occurred since the original diagnosis.
Mohon berikan rincian setiap episode Penyakit Coronary yang menyebabkan Tertanggung harus berhenti bekerja sejenak (Cuti kerja), yang telah terjadi sejak diagnose pertama.

7. Do you aware of any other impairment of the cardiovascular system? If yes, please give details.
Apakah Anda melihat adanya kekeliruan lain dari sistem kardiovaskular? Jika ya, mohon berikan rincian..

Signature of Medical Examiner / : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Date / Tanggal : _____

Name / Nama : _____

Clinic Stamp /