

BUERGER'S DISEASE QUESTIONNAIRE (To be completed by the Medical Examiner)
KUESIONER PENYAKIT BUERGER (Diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

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

1. Please give the diagnosis and the results of any relevant investigations.
Mohon berikan diagnosa dan hasil pemeriksaan yang relevan

2. When were it first detected and how many attacks are there been so far?
Kapan pertama kali terdeteksi dan seberapa sering serangan terjadi sejauh ini?

3. What was the date of last attack? / *Kapan serangan terakhir terjadi, sebutkan tanggal?*

4. Are you aware of any complications features of the proposer's condition, eg. Cigarette smoking, occupation, etc..?
Apakah anda mengetahui adanya fitur komplikasi atas kondisi Tertanggung tersebut, misalnya. Merokok, pekerjaan, dsb...?

5. Is there any limitation to movements? Is yes, please give details.
Apakah ada keterbatasan bergerak? Jika "Ya", mohon berikan penjelasan.

6. Has he/she fully recovered? / *Apakah tertanggung sudah pulih?*

7. What is your prognosis? / *Apa prognosis Anda?*

Signature of Medical Examiner / : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Date / Tanggal : _____

Name / Nama : _____

Clinic Stamp /
Stempel klinik : _____