

## Kuesioner Tentang Riwayat Gangguan Pernapasan

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

Nomor SPAJ : \_\_\_\_\_

| No. | Pertanyaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Jawaban dan Penjelasan |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1.  | <u>Diagnosa</u><br>a) Sebutkan jenis gangguan pernapasan yang Anda derita?<br>b) Kapan pertama kali terjadi serangan ? (sebutkan tanggal, bulan dan tahun)<br>c) Jika telah dilakukan pemeriksaan penunjang/diagnostic seperti pemeriksaan darah dan urin, X-ray, test fungsi paru, dll.? Jika "ya", sebutkan tanggal dilakukan dan hasilnya.                                                                                                           |                        |
| 2.  | <u>Pengobatan</u><br>a) Sebutkan terapi dan atau jenis obat yang diberikan kepada Anda sehubungan dengan gangguan pernapasan yang Anda alami.<br>b) Apakah Anda pernah dirawat di Rumah Sakit sehubungan kondisi Anda tersebut? Jika ya, sebutkan nama rumah sakitnya dan berapa lama Anda menjalani perawatan tersebut.<br>c) Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja sehubungan dengan kondisi Anda tersebut? Jika ya, sebutkan lamanya tidak bekerja. |                        |
| 4.  | <u>Kondisi saat ini</u><br>a) Kapan terakhir kali mengalami serangan atau gejala timbul.<br>b) Berapa kali serangan timbul dalam 12 bulan terakhir.<br>c) Apakah Anda kembali pulih sepenuhnya tanpa efek sisa atau timbul komplikasi karena pengobatan, terapi yang diberikan atau mengalami hambatan dalam beraktifitas? Sebutkan kapan tindakan lanjut/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 tanda tangan Calon