

Kuesioner Lambung/Gangguan Pencernaan

Nama Lengkap : _____

Tanggal Lahir: _____ SPAJ / Application Number: _____

1. Sebutkan diagnosis yang tepat atau kondisi anda (misalnya . Barrett's esophagus, duodenal ulcer, gastro-esophageal reflux, gangguan pencernaan, syndrome iritasi usus, hiatus hernia dll.) dan lampirkan salinan / copy laporan medis jika ada.

--

2. Kapan pertamakali anda mengalami gejala?

/	/
---	---

3. Jelaskan gejala anda :

--

4. Seberapa sering anda mengalami gejala?

--

5. Seberapa sering gejala datang: ☐ Sering ☐ Jarang ☐ Berubah ubah

6. Apakah anda menyadari apapun yang presipitat gejala anda? ☐ Ya ☐ Tdk

Jika ya, Silahkan berikan rincian:

--

7. Kapan terakhir kali anda mengalami gejala?

/	/
---	---

8. Apakah saat ini anda mengkonsumsi obat untuk kondisi ini?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika ya, Silahkan berikan rincian:

Nama Obat	Dosis	Frekuensi

9. Selain yang sudah disebutkan diatas, Apakah anda mengkonsumsi obat lain atau memiliki perawatan lainnya di masa lalu untuk kondisi ini?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika ya, Silahkan berikan rincian:

Nama obat atau perawatan	Dosis	Frekuensi	Tanggal terakhir pengobatan

10. Pernahkah anda melakukan test untuk kondisi ini misalnya barium makan, kolonoskopi, endoskopi, gastroskopi, USG dll.?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika ya, Silahkan berikan rincian:

Nama test atau investigasi	Lokasi	Tanggal	Hasil

11. Parnahkah anda dirawat di Rumah Sakit untuk kondisi ini?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika ya, Silahkan berikan rincian:

Nama Dokter, Rumah Sakit atau Klinik	Alamat	Tanggal

12. Apakah setiap perawatan atau penyelidikan telah dibahas lebih lanjut?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika ya, Silahkan berikan rincian:

13. Harap memberikan rincian mengenai dokter/ spesialis yang ada kaitannya dengan kondisi anda:

Nama Dokter, Rumah Sakit atau Klinik	Alamat	Tanggal terakhir konsultasi

14. Apakah anda pernah mengambil cuti untuk kondisi ini?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika Ya, Silahkan berikan tanggal dan jangka waktu

15. Apakah pekerjaan anda pernah terpengaruh atau dibatasi dengan cara apapun?

☐ Ya ☐ Tdk

Jika Ya, harap memberikan rincian, Termasuk tanggal dan jangka waktu:

16. Mohon berikan informasi tambahan yang anda rasa penting:

Pernyataan

Saya menyatakan bahwa jawaban yang saya berikan adalah benar dan sepengetahuan saya dan tidak ada informasi yang saya kurangi yang dapat mempengaruhi penerimaan surat aplikasi ini.

Saya setuju bahwa formulir ini akan menjadi bagian dari aplikasi saya untuk asuransi (s) dan bahwapenyembunyian informasi material apapun diketahui saya dapat membatalkan asuransi saya (s).

Nama

Tanda Tangan

Tanggal