

Kuesioner Diabetes Melitus

Nama : _____

Nomor SPAJ : _____

No.	Pertanyaan	Jawaban dan keterangan
1.	Diagnosa Kapan pertama kali diabetes didiagnosa?	
2.	Pemantauan Kondisi a) Seberapa sering Anda berkonsultasi dengan Dokter? b) Sebutkan nama dan alamat Dokter atau Klinik/Rumah sakit dimana Anda berobat? c) Kapan terakhir berkonsultasi? (sebutkan tanggal, bulan dan tahun) d) Seberapa sering Anda memeriksa glukosa darah atau air seni? Sebutkan kapan dan hasil pemeriksaan terakhir?	
3.	Pengobatan a) Apakah Anda pernah di rawat di Rumah Sakit sehubungan dengan penyakit ini? b) Pengobatan yang Anda peroleh : 1. Insulin? (Bila "YA", sebutkan jenis dan dosis yang digunakan) 2. Obat oral/tablet? (Bila "YA", sebutkan nama obatnya) 3. Dianjurkan dokter untuk diet atau olah raga?	
4.	Riwayat Penyakit a) Apakah Anda pernah mengalami keadaan seperti dibawah ini dan jelaskan pengobatan dan hasilnya? 1. Koma diabetikum atau koma insulin? 2. Gangguan penglihatan? 3. Gangguan jantung atau tekanan darah tinggi? 4. Gangguan ginjal, albumin atau protein pada urine? 5. Kesemutan pada kaki atau tungkai? 6. Komplikasi lainnya? b) Apakah pernah melakukan pemeriksaan penunjang/diagnostik X Ray, EKG atau pemeriksaan lainnya? Jika "Ya" sebutkan tanggal dilakukan dan hasilnya. c) Apakah Anda pernah tidak bekerja sehubungan dengan kondisi Anda tersebut? Jika "Ya", sebutkan lama tidak bekerja.	
5.	a) Apakah dalam keluarga Anda terdapat riwayat penyakit Diabetes (kencing manis)? (kedua orang tua, saudara kandung dan sebagainya) b) Sebutkan anggota keluarga yang menderita penyakit Diabetes tersebut?	

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