

Kuesioner Hiperkolesterol

Nama Calon Tertanggung: _____

Tanggal Lahir: _____ No Polis/ Aplikasi: _____

1. Kapan pertama kali didiagnosis memiliki Kolesterol tinggi?

2. Apakah anda tahu tingkat Kolesterol (lipid) pada waktu itu ?

Ya Tdk

Jika ya, Mohon berikan keterangan (Jika anda memiliki salinan hasil yang aktual harapsertakan pada salinan ini):

3. Kapan terakhir kali kadar Kolesterol darah anda diukur?

4. Apakah anda tahu tingkat Kolesterol (Lipid) anda saat ini?

Ya Tdk

Jika ya, Mohon berikan keterangan (Jika anda memiliki salinan hasil yang aktual harapsertakan pada salinan ini):

5. Apakah saat ini anda mengkonsumsi obat untuk menurunkan Kolesterol?

Ya Tdk

Jika Ya, Harap memberikan rincian termasuk nama, dosis dan frekuensi:

Nama Obat	Dosis	Frekuensi

6. Selain sudah dinyatakan diatas, Apakah anda menjalani pengobatan lain

Ya Tdk

Untuk menurunkan Kolesterol?

Jika Ya, Harap memberikan rincian:

Nama obat atau perawatan	Dosis	Frekuensi	Tanggal pengobatan terakhir

7. Selain tes darah, apakah anda pernah punya tes terkait lainnya atau investigasi, Misalnya elektrokardiograf dll?

Ya Tdk

Jika Ya, Harap memberikan rincian:

Nama tes atau Investigasi	Lokasi	Tanggal	Hasil

8. Selain melakukan pengawasan kadar kolesterol , apakah anda mempunyai perawatan atau investigasi lebih lanjut?
Jika Ya, Harap memberikan rincian:
9. Harap berikan nama dan alamat dokter atau spesialis yang telah Anda kunjungi berkaitan dengan peningkatan kolesterol anda.

Nama dokter, Rumah Sakit / Klinik	Alamat	Tanggal terakhir konsultasi

10. Harap memberikan 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 bahwa penyembunyian informasi material apapun diketahui saya dapat membatalkan asuransi saya (s).

Nama	Tanda Tangan	Tanggal	