

## Pertanyaan Liver/Ginjal/Batu Empedu/Hepatitis

Nama Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_\_ tahun

Nomor SPAJ : \_\_\_\_\_ No. KTP/SIM/Paspor : \_\_\_\_\_

No.	Pertanyaan	Jawaban dan keterangan
1.	Bilamana anda diberitahukan menderita atau mendapat perawatan untuk sakit liver/ ginjal/ batu empedu/ hepatitis ?	
2.	Apakah ada riwayat keluarga anda yang menderita sakit liver/ ginjal/ batu empedu/ hepatitis ?	
3.	Apakah anda pernah dirawat di rumah sakit yang disebabkan oleh sakit/ ginjal/ batu empedu/ hepatitis?  Jika Ya, kapan dan jelaskan secara lengkap.	
4.	Apakah anda pernah menjalani operasi liver/ ginjal/ batu empedu? Jika Ya, jelaskan : - kapan dan sebab anda dioperasi.  - apakah masih terdapat keluhan setelah operasi tersebut dilakukan?	
6	Apakah anda berobat ke dokter secara teratur untuk sakit liver/ ginjal/ batu empedu/ hepatitis sampai saat ini?  Jika Ya, jelaskan.	
7	Apakah anda menggunakan obat untuk pengobatan liver/ ginjal/ batu empedu/ hepatitis?  Jika Ya, sebutkan jenis obat yang digunakan.	

No.	Pertanyaan	Jawaban dan keterangan
8	<b>Khusus untuk Batu Empedu :</b> a. Apabila dilakukan operasi, apakah sesudah operasi dilakukan terdapat : - Tanda-tanda/ gejala-gejala colic batu empedu? Jika Ya, jelaskan. - Tanda-tanda kuning? Jika Ya, jelaskan.  b. Bagaimana hasil USG terakhir ? (mohon lampirkan hasilnya)	
9	<b>Khusus untuk Hepatitis :</b> a. Jenis hepatitis apa yang anda derita?  b. Apakah anda mendapat vaksinasi untuk hepatitis? Jika Ya, jelaskan.	
10	Mohon kirimkan laporan medis terakhir mengenai liver/ ginjal/ batu empedu/ hepatitis anda.	
11	Sebutkan nama, alamat dan nomor telepon dokter yang merawat anda.	

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 Tandatangan Calon Tertanggung