

## KUESIONER UNTUK HIPERTENSI

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

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

No.	Pertanyaan	Jawaban dan Penjelasan
1.	<p><u>Diagnosa</u></p> <p>a) Kapan kenaikan tekanan darah pertama kali diketahui?</p> <p>b) Berapa tekanan darah Anda pada saat itu?</p> <p>c) Apakah kenaikan tekanan darah tersebut ada hubungannya dengan penyakit tertentu? (Bila "Ya" sebutkan penyakit tersebut)</p>	
2.	<p><u>Pemantauan Kondisi</u></p> <p>a) Seberapa sering Anda berkonsultasi dengan Dokter?</p> <p>b) Sebutkan nama dan alamat Dokter atau Klinik/Rumah sakit dimana Anda berobat?</p> <p>c) Kapan terakhir berkonsultasi? (sebutkan tanggal, bulan dan tahun)</p>	
3.	<p><u>Pengobatan</u></p> <p>a) Apakah Anda pernah di rawat di Rumah Sakit sehubungan dengan penyakit ini?</p> <p>b) Sebutkan macam/jenis pengobatan yang telah Anda dapatkan sehubungan dengan tekanan darah tinggi ini? (sebutkan nama obat dan dosisnya)</p> <p>c) Sebutkan hasil pengobatan tersebut (Berikan hasil pengukuran tekanan darah dan tanggal pemeriksaannya)</p> <p>d) Bila Anda sudah menghentikan pengobatan Anda, sebutkan alasan penghentian pengobatan ini?</p>	
4.	<p><u>Riwayat Penyakit</u></p> <p>a) Apakah Anda pernah diberitahu/ataupun mengetahui adanya komplikasi pada jantung, otak atau ginjal? (Bila "Ya" sebutkan tanggal dan gejala yang timbul)</p> <p>b) Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang seperti Rontgen dada, Elektrokardiografi (EKG), Tread Mill Test (TMT)? Jika "Ya" sebutkan tanggal dilakukan dan hasilnya.</p> <p>c) Apakah Anda pernah tidak bekerja sehubungan dengan kondisi Anda tersebut? Jika "Ya", sebutkan lama tidak bekerja.</p> <p>d) Berapakah tekanan darah Anda saat ini? (Berikan catatan hasil pengukuran tekanan darah yang tertinggi dan terendah serta tanggal pemeriksaannya)</p>	

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 Tertanggung