

**KUESIONER UNTUK NYERI DADA**

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

Nomor SPAJ : \_\_\_\_\_

	Pertanyaan	Jawaban dan Penjelasan
1.	<p><b><u>Diagnosa</u></b></p> <p>a) Kapan nyeri dada pertama kali dirasakan (tanggal, bulan, tahun)?</p> <p>b) Berapa lama serangan berlangsung pada saat itu?</p> <p>c) Apakah ada serangan lanjutan sesudahnya? (Bila "Ya" sebutkan tanggal dan lama serangan)</p>	
2.	<p><b><u>Kondisi saat serangan</u></b></p> <p>a) Bagaimana sifat nyeri dada Anda ?</p> <p>b) Dimana lokasi dari nyeri tersebut ?</p> <p>c) Apakah nyeri dada tersebut menjalar ?</p> <p>d) Bagaimana terjadinya nyeri dada tersebut ?</p>	<p>a) Sangat hebat / ditusuk-tusuk / diremas-remas/ tajam / lainnya, jelaskan.....</p> <p>b) Di tengah dada / sisi kanan / sisi kiri / bagian lain, jelaskan. ....</p> <p>c) Menjalar ke bahu / ke rahang / ke punggung / ke lengan / ke perut / lainnya, jelaskan ....</p> <p>d) Mendadak / bertahap / di waktu istirahat / lainnya, jelaskan. ....</p>
3.	<p><b><u>Pengobatan</u></b></p> <p>a) Apakah ada pengobatan yang diberikan kepada Anda sehubungan dengan nyeri dada ini? (jika "Ya", jelaskan jenis pengobatannya)</p> <p>b) Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang/diagnostic, seperti ECG, Echocardiography, Treadmill, dll? (Jika "ya", sebutkan tanggal dilakukan, jenis pemeriksaan dan hasilnya)</p>	
4.	<p><b><u>Kondisi Terakhir</u></b></p> <p>a) Apakah Anda pernah diberitahu/ataupun mengetahui adanya kondisi medis lainnya yang Anda derita? (Bila "Ya" sebutkan tanggal dan gejala yang timbul)</p> <p>b) Apakah dalam 2 tahun terakhir Anda pernah tidak bekerja sehubungan dengan kondisi Anda tersebut? Jika "Ya", sebutkan lama tidak bekerja.</p> <p>c) Sebutkan informasi lain (bila ada) sehubungan dengan kondisi kesehatan anda yang mungkin dapat membantu proses pengajuan Asuransi ini.</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