

KUESIONER TUMOR/KISTA/PERTUMBUHAN ABNORMAL
(dilengkapi oleh calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : _____

No. SPAJ: _____

| No. | Pertanyaan | Jawaban dan keterangan |
|-----|---|------------------------|
| 1. | a) Kapan pertama kali Anda mengetahui adanya Tumor/Kista/Pertumbuhan Abnormal? b) Sebutkan letak Kista/Tumor/Pertumbuhan Abnormal tersebut pada tubuh Anda. c) Sebutkan Diagnosa pasti yang Anda ketahui. | |
| 2. | a) Seberapa sering Anda berkonsultasi dengan Dokter? b) Sebutkan nama dan alamat Dokter atau Klinik/Rumah Sakit dimana Anda berobat? c) Sebutkan kapan dan hasil pemeriksaan terakhir? d) Kapan konsultasi dihentikan? dan Jelaskan mengapa konsultasi dihentikan? | |
| 3. | Jika belum dilakukan pengangkatan Kista/Tumor/Pertumbuhan Abnormal, jelaskan : a) Jenis pemeriksaan apa saja yang pernah dilakukan, termasuk sebutkan tanggal pemeriksaan dan hasil pemeriksaan tersebut. b) Jika pernah melakukan Biopsi, lampirkan copy hasil PA dari Biopsi tersebut. c) Pengobatan yang diberikan dan atau operasi jika dianjurkan | |
| 4. | Jika sudah dilakukan pengangkatan Kista/Tumor/Pertumbuhan Abnormal, jelaskan : a) Kapan dilakukan pengangkatan Kista/Tumor/Pertumbuhan Abnormal tersebut b) Metode pengangkatan tersebut (mis. apakah operasi dilakukan dengan anestesi lokal / umum, dll) c) Nama dokter serta nama Rumah Sakit/Klinik yang merawat Anda. d) Pengobatan lanjutan apa yang Anda dapatkan setelah pengangkatan Kista/Tumor/Pertumbuhan Abnormal tersebut? (mis. Kemoterapi, Penyinaran, Obat-obatan) e) Apakah Anda pernah diberitahukan mengenai kemungkinan penyakit Anda dimasa yang akan datang (Prognosis) | |
| 5. | Apakah Anda pernah tidak bekerja sehubungan dengan kondisi Anda tersebut? Jika "Ya", sebutkan lama tidak bekerja. | |

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 Tandatangani Calon Tertanggung