

## FORMULIR PERTANYAAN KESEHATAN GINJAL & SALURAN KEMIH

- Mohon mengisi dengan jelas menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, mohon tidak dihapus melainkan dicoret dan ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis sesuai dengan jenis Identitas Diri (ID) yang dilampirkan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.

No. SPAJ/Polis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Lengkap (sesuai identitas diri) 

--

1.	<p>Mohon jelaskan riwayat penyakit Ginjal &amp; Saluran Kemih yang Anda rasakan/alami:</p> <p>a. Sebutkan gejala penyakit tersebut.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 20px;"><tr><td style="width: 100%;"></td></tr></table> <p>b. Apakah gejala tersebut masih dirasakan hingga saat ini?    <input type="checkbox"/> Ya                      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>c. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau berobat ke Dokter/Rumah Sakit/Klinik?    <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini.    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan</th> <th style="width: 75%;">Diagnosis Dokter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Gagal ginjal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Pembesaran ginjal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Batu ginjal dan saluran kemih</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Infeksi ginjal dan saluran kemih</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 15px;"><tr><td style="width: 150px; height: 15px;"></td></tr></table></td> </tr> </tbody> </table>		Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan	Diagnosis Dokter	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Gagal ginjal	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Pembesaran ginjal	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Batu ginjal dan saluran kemih	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Infeksi ginjal dan saluran kemih	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 15px;"><tr><td style="width: 150px; height: 15px;"></td></tr></table>																													
Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan	Diagnosis Dokter																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Gagal ginjal																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Pembesaran ginjal																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Batu ginjal dan saluran kemih																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Infeksi ginjal dan saluran kemih																																										
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 15px;"><tr><td style="width: 150px; height: 15px;"></td></tr></table>																																										
2.	<p>Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan penunjang/diagnostik untuk penyakit tersebut? (Misal: Pemeriksaan darah, USG abdomen, Rekam jantung (ECG), Pemindaian tubuh (CT-Scan/MRI), Rontgen, dll).</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini.                      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Pemeriksaan</th> <th style="width: 30%;">Jenis Pemeriksaan</th> <th style="width: 20%;">Hasil Pemeriksaan</th> <th style="width: 30%;">Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik	d d m m y y y y				d d m m y y y y				d d m m y y y y																													
Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																								
d d m m y y y y																																											
d d m m y y y y																																											
d d m m y y y y																																											
3.	<p>Apakah Anda pernah menjalani rawat inap?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan (resume medis berdiagnosis).    <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Lama Perawatan (hari)</th> <th style="width: 50%;">Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tanggal Perawatan	Lama Perawatan (hari)	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik	d d m m y y y y			d d m m y y y y			d d m m y y y y																																
Tanggal Perawatan	Lama Perawatan (hari)	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																									
d d m m y y y y																																											
d d m m y y y y																																											
d d m m y y y y																																											
4.	<p>Mohon jelaskan riwayat pengobatan penyakit tersebut:</p> <p>a. Sebutkan obat apa saja yang Anda konsumsi.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">Nama Obat</th> <th style="width: 15%;">Dosis (Mg)</th> <th style="width: 15%;">Frekuensi Minum Obat/Hari</th> <th style="width: 20%;">Nama Obat</th> <th style="width: 15%;">Dosis (Mg)</th> <th style="width: 15%;">Frekuensi Minum Obat/Hari</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>b. Apakah Anda pernah menjalani operasi/pembedahan?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil operasi/pembedahan.                      <input type="checkbox"/> Tidak</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Tanggal Operasi/Pembedahan</th> <th style="width: 30%;">Hasil Operasi/Pembedahan</th> <th style="width: 50%;">Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>c. Apakah Anda pernah melakukan cuci darah?    <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan frekuensi cuci darah _____ (kali/minggu)    <input type="checkbox"/> Tidak</p>	Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir			Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini			Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari	Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari																			Tanggal Operasi/Pembedahan	Hasil Operasi/Pembedahan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik	d d m m y y y y			d d m m y y y y			d d m m y y y y		
Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir			Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini																																								
Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari	Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari																																						
Tanggal Operasi/Pembedahan	Hasil Operasi/Pembedahan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																									
d d m m y y y y																																											
d d m m y y y y																																											
d d m m y y y y																																											

