

FORMULIR PERTANYAAN KESEHATAN RIWAYAT KECELAKAAN

- 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.	Mohon jelaskan riwayat Kecelakaan yang Anda alami: a. Sebutkan detail kecelakaan tersebut. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tanggal Kecelakaan</th> <th style="width: 35%;">Jenis Kecelakaan</th> <th style="width: 20%;">Bagian Tubuh Yang Cidera</th> <th style="width: 20%;">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"/> Kerja</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Lalu lintas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Rumah tangga</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> b. Apakah Anda mengalami hilang kesadaran pada saat kecelakaan tersebut? <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan berapa lama _____ (menit) <input type="checkbox"/> Tidak	Tanggal Kecelakaan	Jenis Kecelakaan	Bagian Tubuh Yang Cidera	Diagnosis Dokter	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Kerja			d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lalu lintas			d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Rumah tangga			d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan:																
Tanggal Kecelakaan	Jenis Kecelakaan	Bagian Tubuh Yang Cidera	Diagnosis Dokter																																
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Kerja																																		
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lalu lintas																																		
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Rumah tangga																																		
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan:																																		
2.	Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan penunjang/diagnostik akibat kecelakaan tersebut? <small>(Misal: Pemeriksaan darah, Rekam jantung (ECG), USG, Pemindaian tubuh (CT-Scan/MRI), Rontgen, dll).</small> <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. <input type="checkbox"/> Tidak <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tanggal Pemeriksaan</th> <th style="width: 35%;">Jenis Pemeriksaan</th> <th style="width: 20%;">Hasil Pemeriksaan</th> <th style="width: 20%;">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.	Apakah Anda pernah menjalani rawat inap? <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan (resume medis berdiagnosis). <input type="checkbox"/> Tidak <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tanggal Perawatan</th> <th style="width: 35%;">Lama Perawatan (hari)</th> <th style="width: 40%;">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.	Mohon jelaskan riwayat pengobatan akibat kecelakaan tersebut: a. Apakah pernah dilakukan operasi pemasangan fiksasi internal (pen/wiring/plat dan screw), fiksasi eksternal atau lainnya? <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. <input type="checkbox"/> Tidak <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tanggal Pasang</th> <th style="width: 25%;">Tanggal Lepas</th> <th style="width: 25%;">Jenis Fiksasi</th> <th style="width: 25%;">Bagian Tulang yang Dipasang Fiksasi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Fiksasi internal</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Fiksasi eksternal</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td style="text-align: center;">d d m m y y y y</td> <td><input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> b. Selain operasi pemasangan fiksasi, apakah Anda menjalani operasi/pembedahan lainnya akibat kecelakaan tersebut? <input type="checkbox"/> Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil operasi/pembedahan. <input type="checkbox"/> Tidak <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tanggal Operasi/Pembedahan</th> <th style="width: 35%;">Jenis Operasi/Pembedahan</th> <th style="width: 20%;">Bagian Tubuh yang Dioperasi/Dibedah</th> <th style="width: 20%;">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> c. Bagaimana hasil pengobatan yang telah dilakukan? <input type="checkbox"/> Sembuh seperti semula <input type="checkbox"/> Sembuh dengan keterbatasan, jelaskan: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 200px; height: 15px;"><tr><td style="width: 200px; height: 15px;"></td></tr></table> <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 200px; height: 15px;"><tr><td style="width: 200px; height: 15px;"></td></tr></table>	Tanggal Pasang	Tanggal Lepas	Jenis Fiksasi	Bagian Tulang yang Dipasang Fiksasi	d d m m y y y y	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Fiksasi internal		d d m m y y y y	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Fiksasi eksternal		d d m m y y y y	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan:		Tanggal Operasi/Pembedahan	Jenis Operasi/Pembedahan	Bagian Tubuh yang Dioperasi/Dibedah	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 Pasang	Tanggal Lepas	Jenis Fiksasi	Bagian Tulang yang Dipasang Fiksasi																																
d d m m y y y y	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Fiksasi internal																																	
d d m m y y y y	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Fiksasi eksternal																																	
d d m m y y y y	d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan:																																	
Tanggal Operasi/Pembedahan	Jenis Operasi/Pembedahan	Bagian Tubuh yang Dioperasi/Dibedah	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																																			

