

## FORMULIR PERTANYAAN KESEHATAN TUMOR/BENJOLAN/KISTA

- 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 penyakit Tumor/Benjolan/Kista yang Anda rasakan/alami:

a. Sebutkan gejala penyakit tersebut.

b. Apakah gejala tersebut masih dirasakan hingga saat ini?  Ya  Tidak

c. Sebutkan bagian anggota tubuh/organ yang mengalami penyakit tersebut?

d. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau berobat ke Dokter/Rumah Sakit/Klinik?  Ya, mohon lengkapi data di bawah ini.  Tidak

Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan	Diagnosis Dokter
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Polip
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Kista
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lipoma
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Mioma
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Tumor ganas/kanker
d d m m y y y y	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 50%;" type="text"/>

2. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan penunjang/diagnostik untuk penyakit tersebut?  
(Misal: Pemeriksaan darah, Petanda tumor (Tumor marker), Pemindaian tubuh (CT-Scan/MRI), Rontgen, USG/Mammografi, Endoskopi, dll).

Ya, mohon lengkapi data di bawah ini.  Tidak

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?

Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan (resume medis berdiagnosis).  Tidak

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 penyakit tersebut:

a. Sebutkan obat apa saja yang Anda konsumsi.

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

b. Apakah Anda pernah menjalani operasi/pembedahan?

Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil patologi anatomi (PA).  Tidak

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		

<b>KHUSUS PEREMPUAN</b> <i>mohon lengkapi tabel ini</i>	<b>Kandungan</b>	<input type="checkbox"/> Seluruh organ <input type="checkbox"/> Sebagian organ <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 50%;" type="text"/>
	<b>Payudara</b>	<input type="checkbox"/> Seluruh organ <input type="checkbox"/> Sebagian organ <input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 50%;" type="text"/>

