

**KUESIONER GANGGUAN TIROID**  
(Diisi oleh dokter yang merawat)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. Surat Pengajuan : .....

1. Keluhan apakah yang sangat mengganggu Pasien dari masalah tiroid Pasien ?

.....  
.....

2. Kapankah pertama kali Pasien mendapatkan gangguan pada tiroid ? ( tgl,bln, thn ) .....

3. Berapa banyak serangan gangguan tiroid terjadi sejak pertama hingga sekarang ini ? ..... kali

Kapankah serangan 2 itu terjadi ? ( tgl, bln, thn masing2 serangan ) a) .....

b) ..... c) ..... d) .....

4. Adakah pemeriksaan untuk gangguan tiroid Pasien yang telah dilakukan ? Ya/Tidak

Jika Ya, jelaskanlah jenis pemeriksaan yang telah dilakukan, tanggal dan hasilnya.

| Jenis Pemeriksaan                            | Tanggal Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan |
|--|---------------------|-------------------|
| - Test Fungsi Tiroid<br>( T3, T4, FTI, dll ) | .....               | .....             |
| .....  | .....               | .....             |
| - Scan                                       | .....               | .....             |
| - Biopsi                                     | .....               | .....             |
| - Lainnya : .....                            | .....               | .....             |
| .....  | .....               | .....             |

5. Apakah diagnosa untuk gangguan tiroid Pasien ? .....

6. Tindakan pengobatan apakah yang telah TS lakukan ? ( contoh : obat anti tiroid, radio iodine, dll ).

Tuliskanlah nama tindakan pengobatan beserta dosis obat/frekuensi pengobatan.

.....

.....

7. Kapankah pengobatan mulai dilakukan ( tanggal, bulan, tahun ) .....

Apakah pengobatan itu masih berlanjut hingga sekarang ? Ya/Tidak

Jika ' Tidak ' : - kapan pengobatan dihentikan ? ( tgl, bln, thn ) .....

- kenapa pengobatan itu dihentikan ( tgl, bln, thn ) .....

- apakah yang dilakukan setelah pengobatan itu dihentikan ? .....

8. Apakah pada tiroid Pasien telah dilakukan operasi/disarankan untuk dioperasi ? Ya/Tidak  
Jika Ya, berikan tanggal, tempat dilakukannya, serta hasil operasi / pembedahan tsb.  
( Mohon disertakan hasil operasi & pemeriksaan P.A jaringan biopsi pada tiroid Anda )

.....  
.....  
.....

9. Apakah Pasien diberitahukan kemungkinan terjadinya kanker pada tiroid ? Ya/Tidak  
Jika Ya : siapa yang memberitahukan, kapan, dan apa dasar informasi tsb.

.....  
.....

10. Kapankah Pasien terakhir kali berkonsultasi ? ( tanggal, bulan, tahun )

.....

.....

( tempat & tanggal ditandatangani )

( tanda tangan & nama dokter )

**KUESIONER GANGGUAN TIROID**  
**(Diisi oleh tertanggung)**

Nama Calon Tertanggung : .....

No. Surat Pengajuan : .....

1. Keluhan apakah yang sangat mengganggu Anda dari masalah tiroid Anda ?

.....

2. Kapanakah pertama kali Anda mendapatkan gangguan pada tiroid Anda ? ( tgl,bln, thn )

.....

3. Berapa banyak serangan gangguan tiroid terjadi sejak pertama hingga sekarang ini ? .....  
kali Kapanakah serangan 2 itu terjadi ? ( tgl, bln, thn masing2 serangan )

a) .....

b) ..... c) ..... d) .....

4. Adakah pemeriksaan untuk gangguan tiroid Anda yang telah dilakukan ? Ya/Tidak  
Jika Ya, jelaskanlah jenis pemeriksaan yang telah dilakukan, tanggal dan hasilnya.

| Jenis Pemeriksaan                            | Tanggal Pemeriksaan | Hasil Pemeriksaan |
|--|---------------------|-------------------|
| - Test Fungsi Tiroid<br>( T3, T4, FTI, dll ) | .....               | .....             |
| .....  | .....               | .....             |

|                   |       |       |
|-------------------|-------|-------|
| - Scan            | ..... | ..... |
| - Biopsi          | ..... | ..... |
| - Lainnya : ..... | ..... | ..... |
| .....             | ..... | ..... |

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... |
|-------|-------|-------|

5. Apakah diagnosa dokter untuk gangguan tiroid Anda ? .....

6. Tindakan pengobatan apakah yang telah Anda lakukan ? ( contoh : obat anti tiroid, radio iodine, dll ). Tuliskanlah nama tindakan pengobatan beserta dosis obat/frekuensi pengobatan.

.....

.....

7. Kapanakah pengobatan mulai dilakukan ( tanggal, bulan, tahun ) .....

Apakah pengobatan itu masih berlanjut hingga sekarang ? Ya/Tidak

Jika ' Tidak ' : - kapan pengobatan dihentikan ? ( tgl, bln, thn ) .....

- kenapa pengobatan itu dihentikan ( tgl, bln, thn ) .....
- apakah yang dilakukan setelah pengobatan itu dihentikan ? .....

8. Apakah pada tiroid Anda telah dilakukan operasi/disarankan untuk dioperasi ? Ya/Tidak  
 Jika Ya, berikan tanggal, tempat dilakukannya, serta hasil operasi / pembedahan tsb.  
 ( Mohon disertakan hasil operasi & pemeriksaan P.A jaringan biopsi pada tiroid Anda )

.....  
 .....  
 .....

9. Apakah Anda diberitahukan kemungkinan terjadinya kanker pada tiroid Anda ?  
 Ya/Tidak

Jika Ya : siapa yang memberitahukan, kapan, dan apa dasar informasi tsb.

.....  
 .....

10. Berikanlah nama dan alamat dokter pribadi Anda tempat Anda mengkonsultasikan masalah tiroid :

Nama dokter : .....

Alamat dokter : .....

11. Kapankah Anda terakhir kali berkonsultasi ? ( tanggal, bulan, tahun )

.....

Demikianlah saya telah menjawab dan memberikan keterangan mengenai riwayat kesehatan saya dengan sebenar – benarnya, tanpa sesuatupun yang saya sembunyikan. Dan apabila ada hal yang saya ketahui namun tidak saya kemukakan, maka saya bersedia untuk menerima sanksi yang diberikan oleh PT. Allianz Life Indonesia. Saya pun menyetujui bahwa kuesioner ini menjadi bagian dari surat pengajuan asuransi jiwa saya pada PT. Allianz Life Indonesia.

.....  
 ( tempat & tanggal ditandatangani )

.....  
 ( tanda tangan & nama jelas saksi )

.....  
 ( tanda tangan & nama bertanggung )

