

4. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

--

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya.

N a m a	A l a m a t

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci, dan kapan diagnosa tersebut di buat

--

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

--

3. Apakah secara klinis tertanggung sudah mengalami :

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | YA | TIDAK |
| a. Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Polyuria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Kehilangan sodium melalui ginjal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit kista medullary, mohon jelaskan secara rinci.

--

5. Apakah penyakit kista medullary sudah berkembang menjadi penyakit gagal ginjal kronis ?
Bila Ya, mohon jelaskan

--

