

**KUESIONER DIABETES MELLITUS
(Penyakit Kencing Manis)**

Nama Calon Pihak Yang Diasuransikan :

No. Surat Pengajuan :

1. Kapankah pertama kali Anda didiagnosa oleh Dokter bahwa Anda menderita penyakit kencing manis? (tanggal, bulan, tahun)
2. Apakah Anda mengkonsultasikan penyakit kencing manis Anda itu pada Dokter? Ya/Tidak
Jika Ya:
 - nama dokter:
 - alamat dokter:
 - frekuensi kunjungan ke dokter tsb:
 -tanggal kunjungan terakhir ke dokter: (tanggal,bulan,tahun)
3. Apakah saat ini Anda masih meminum obat oral anti diabetik (OAD)? Ya/Tidak
Jika Ya, tuliskanlah nama obat-obatan tsb & dosisnya masing – masing:

 (a) (b)(c)
4. Apakah Anda diberi pengobatan insulin? Ya/Tidak
Jika ya, dosisnya :
5. Apakah dalam 2 tahun Anda mendapatkan pengobatan insulin dan obat oral anti diabetik (OAD):
 - secara bersama – sama? Ya/Tidak
 -Jika ya, tuliskan cara pemakaian & dosisnya :
6. Seringkah Anda memeriksakan kadar gula darah ataupun adanya gula dalam air seni? Ya/Tidak
Jika ya:
 -Kapankah terakhir kali Anda memeriksakan hal-hal tsb (tanggal, bulan, tahun)
 -Tuliskanlah hasil gula darah puasa Anda pada pemeriksaan terakhir : mg/dl
 -Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tsb?

7. Pernahkan Anda mendapatkan koma diabetik atau koma insulin yang membutuhkan pertolongan orang lain atau perawatan di rumah sakit ataupun pemberian suntikan glukosa? Ya/Tidak
 Jika ya:
 -Kapankah hal itu terjadi? (tanggal,bulan, tahun)
 -Tindakan apakah yang dilakukan untuk menolong Anda?
 -Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tsb?
8. Pernahkan Anda merasakan gangguan pada:
 *Penglihatan Anda? Ya/Tidak
 Jika Ya:
 -Kapankah hal itu terjadi? (tanggal, bulan, tahun)
 -Jenis gangguan penglihatan:
 -Tindakan & pengobatan yang telah Anda lakukan?

- *Peredaran darah pada tungkai? (seperti kesemutan, gangren dll) Ya/Tidak
 Jika Ya:
 -Kapankah hal itu terjadi? (tanggal, bulan, tahun)
 -Jenis gangguan pada tungkai :
 -Tindakan dan pengobatan yang telah dilakukan?
- *Penyakit yang lama sembuhnya? Ya/Tidak
 Jika Ya:
 -Apakah penyakit itu?
 -Kapankah hal itu terjadi?
 -Tindakan dan pengobatan yang telah dilakukan?
- *Tekanan darah tinggi? Ya/Tidak
 Jika Ya:
 -Kapankah hal itu Anda ketahui?
 -Kapankah terakhir tekanan Anda diukur?
 -Tekanan darah Anda dalam 2 kali pengukuran terakhir?/..... &/..... mm Hg
- *Gangguan pada jantung? Ya/Tidak
 Jika Ya:
 -Kapankah hal itu Anda ketahui?
 -Jenis gangguan jantung?
 -Tindakan dan pengobatan yang telah dilakukan?

9. Pernahkah Anda mengetahui adanya protein / albumin dalam air seni Anda? Ya/Tidak
Jika Ya:
-Kapanakah Anda mengetahui hal itu (tanggal, bulan, tahun)
-Bagaimanakah hasilnya?
10. Pernahkah jantung Anda diperiksa dengan alat Elektro Kardio Grafi (EKG)? Ya/Tidak
Jika Ya:
-Mengapakah hal itu Anda lakukan?
-Kapanakah hal itu terakhir kali dilakukan?
-Dimanakah hal itu dilakukan?
-Bagaimanakah hasilnya?
11. Pernahkah dada Anda di foto X-ray / rontgen? Ya/Tidak
Jika Ya:
-Dalam rangka apa Anda melakukan x-ray tsb?
-Kapanakah hal itu terakhir kali dilakukan?
-Dimanakah hal itu dilakukan?
-Bagaimanakah hasilnya?

(Untuk jawaban no. 06, 09, 10, 11 --- jika anda mempunyai hasilnya, harap dipinjamkan kepada kami)

Pernyataan

Saya, calon Pihak Yang Diasuransikan dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas telah saya berikan secara lengkap dan benar dan saya, Pemohon, dengan ini menyetujui bahwa kuesioner ini bersama dengan surat permohonan ini akan menjadi dasar dari kontrak asuransi antara saya dengan PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia.

_____,
(Tempat dan Tanggal)

Calon Pihak Yang Diasuransikan

Pemohon

(_____)

(_____)