

## KUESIONER ASMA BRONKIALE

Nama Calon Tertanggung : .....

No. Surat Pengajuan : .....

1. Berapakah usia Anda pada waktu mendapat serangan asma pertama kali? ..... tahun
2. Berapa banyak serangan asma yang Anda dapatkan dalam 2 tahun terakhir ini? ..... kali
3. Apakah serangan asma Anda menjadi bertambah berat? Ya/Tidak
4. Kapankah serangan asma Anda yang terakhir? (tanggal, bulan & tahun) .....
5. Apakah serangan asma Anda terjadi pada musim-musim tertentu? Ya/Tidak  
Jika Ya, pada musim apakah itu? .....
6. Tahukah Anda keadaan/sesuatu benda yang menyebabkan serangan asma Anda timbul? Ya/Tidak  
Jika Ya:  
- Apakah keadaan pencetus timbulnya serangan itu? Jelaskanlah! (seperti stress, kemarahan dll)  
.....  
- Apakah benda yang menyebabkan serangan timbul? Tuliskanlah! (seperti debu, serbuk bunga dll)
7. Berapa lama biasanya serangan asma itu berlangsung? ..... jam ..... menit ..... detik
8. Apakah tindakan yang Anda lakukan waktu serangan asma Anda timbul? .....
9. Pengobatan apakah yang Anda peroleh dari dokter/konsultan medis Anda? Tuliskanlah dengan jelas:  
- Jenis Pengobatan (seperti: suntikan, obat minum, obat inhaler dll)? .....
- Nama obat beserta dosis yang biasa Anda gunakan:  
(a) ..... (b)..... (c) .....
10. Pernahkah Anda berkonsultasi ke dokter untuk penyakit asma ini? Ya/Tidak  
Jika Ya:  
- Nama dokter : .....
- Alamat dokter : .....
- Berapa kalikah Anda berkonsultasi ke dokter tsb di atas? .....
- Kapankah konsultasi terakhir Anda dengan dokter tsb? .....
11. Berapa kalikah Anda terpaksa tidak bekerja/libur karena sakit/meninggalkan pekerjaan Anda oleh Karena serangan asma dalam 2 tahun terakhir ini? .....
12. Apakah Anda pernah mengalami gangguan pada dada (seperti: nyeri dada dll):  
-Pada saat serangan berlangsung? .....
- Pada waktu di antara kedua serangan asma? .....

-Jika "Ya", Kapankah hal itu terjadi? .....

13. Apakah Anda mengalami napas pendek (terengah-engah) di antara kedua serangan asma? Ya/Tidak  
Jika Ya:

-Berapa kalikah Anda mengalaminya dalam 2 tahun terakhir ini? .....

-Tuliskanlah tanggal terakhir hal itu terjadi: .....

14. Pernahkah Anda dirawat di rumah sakit sehubungan dengan penyakit asma Anda? Ya/Tidak.  
Jika Ya:

-Kapankah hal itu terjadi? .....

-Berapa lamakah dirawat di rumah sakit? .....

- Apa nama rumah sakit itu & dimanakah alamatnya? .....

-Siapa nama dokter yang merawat Anda selama di rumah sakit? .....

-Apa tindakan & pengobatan yang telah Anda terima selama dirawat di rumah sakit tsb? .....

.....

- apa hasil perawatan penyakit asma Anda itu? .....

15. Pernahkan Anda melakukan test fungsi paru/spirometri? Ya/Tidak.  
Jika Ya:

-Kapankah hal itu dilakukan? .....

-Bagaimanakah hasil test tersebut? .....

(Jika Anda mempunyai hasil test tsb, harap Anda meminjamkannya kepada kami)

16. Adakah gangguan / penyakit lain yang Anda rasakan? Ya/Tidak.  
Jika Ya, jelaskanlah mengenai nama gangguan, sejak kapan,dan pengobatan yang telah dilakukan:

.....

.....

### Pernyataan

Saya, calon Tertanggung, 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 Indonesia.

\_\_\_\_\_,  
(Tempat dan Tanggal)

Calon Tertanggung

Pemohon

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)