

**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 (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?

- 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. Kapankah pertama kali Anda mendapatkan gangguan pada tiroid Anda? (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 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(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. 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?
- 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)

.....

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

(_____)

(_____)