

KUESIONER TEKANAN DARAH TINGGI

Nama Calon Tertanggung :

No. Surat Pengajuan :

1. Kapan Anda didiagnosa oleh Dokter bahwa Anda menderita tekanan darah tinggi?
(bulan & tahun)

Nama dokter yang memeriksa :

Alamat dokter yang memeriksa :

.....

2. - Berapa tekanan darah tinggi Anda waktu itu? / mmHg.

- Berapa tekanan darah Anda yang paling tinggi? / mmHg.

- Berapa tekanan darah Anda dalam 2 tahun terakhir ini? / mmHg.

3. Apakah Anda meminum obat-obatan untuk tekanan darah itu? Ya/Tidak

Jika Ya, apa nama obat-obatan itu dan berapa kali diminum per hari?

(a) (b) (c)

4. - Apakah saat ini Anda masih minum obat anti tekanan darah tinggi? Ya/Tidak

-Kapan terakhir kali Anda meminum obat-obatan tsb? (bulan & tahun)

5. - Berapa kali Anda kontrol ke dokter dalam 1 tahun?

-Siapa nama dokter pribadi Anda tersebut?

-Di manakah alamat dokter tersebut?

.....

6. Kapan tekanan darah Anda dikatakan normal? (bulan/tahun)

7. Pernahkan Anda merasakan adanya nyeri di dada? Ya/Tidak

Jika Ya, jawabanlah pertanyaan berikut:

a) Kapankah nyeri dada itu terjadi? (bulan & tahun)

b) Apakah Anda berobat ke dokter karena hal itu?

c) Nama & alamat dokter tersebut:

d) Apakah Diagnosa Dokter untuk nyeri dada itu?

e) Tindakan pengobatan & Nama obat-obatan yang diberikan ke dokter tsb:

.....

8. Apakah Anda pernah melakukan rontgen dada/X-ray? Ya/Tidak

Jika Ya:

a) Kapan & dimanakah terakhir kali dilakukan?

b) Bagaimanakah hasilnya?

(jika Anda mempunyai hasilnya, harap disertakan)

9. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan jantung seperti Elektro Kardio Grafi (EKG)?

(alat khusus untuk pemeriksaan jantung)?

Ya/Tidak

Jika Ya:

a) Kapankah terakhir diperiksa dengan EKG atau Treadmill Test?

b) Apakah yang dikatakan dokter mengenai hasilnya?

(Jika Anda mempunyai hasilnya, harap disertakan)

10. Pernahkah Anda didiagnosa Dokter bahwa Anda mengalami suatu gangguan jantung, spt: gangguan irama jantung, iskemi, infark/kematian otot jantung, serangan jantung, gagal jantung dll? Ya/Tidak

Jika Ya, apa nama gangguan tsb?

Nama & Alamat Dokter tsb:

Kapan diagnosa itu diberitahukan oleh dokter?

Tindakan pengobatan & nama obat-obatan yang diberikan dokter:

.....

11. Adakah gangguan kesehatan Anda yang lain?

Apakah Anda berobat ke dokter untuk keluhan itu?

Ya/Tidak

Apakah diagnosa dokter untuk hal itu?

Nama & Alamat Dokter tsb:

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

(_____)

(_____)