

Kuesioner Tumor, Kista, Benjolan

(Diisi oleh calon Tertanggung)

Nama :

Tanggal Lahir :

---

1. Kapan Tumor, kista dan benjolan tersebut pertama kali timbul?

---

2. Pada bagian tubuh yang mana tumor, kista atau benjolan tersebut tumbuh?

---

3. Sebutkan diagnosa bila diketahui.

---

4. Apakah Tumor, kista, benjolan telah diangkat?

Jika Tidak, Mohon jelaskan:

a. Mohon jelaskan secara rinci pemeriksaan termasuk jenis pemeriksaan, tanggal dan hasil pemeriksaan.

---

b. Jelaskan secara rinci pengobatan atau operasi yang dilakukan.

---

Jika Ya, Mohon jelaskan:

c. Tanggal diangkatnya tumor, kista, benjolan tersebut.

---

d. Metode pengangkatan yang dilakukan, mis. Dengan anestesi local, operasi dengan metode tertentu, operasi dengan anestesi umum, dll, mohon jelaskan secara rinci.

---

e. Nama ahli bedah, dokter umum, konsultan, Rumah sakit atau klinik.

---

f. Pengobatan lanjutan apa yang diberikan setelah pengangkatan tumor, kista, benjolan? mis. Tablet, pil, terapi sinar, chemotherapy, dll.

---

- g. Apakah Anda diberikan informasi mengenai perjalanan penyakit Anda atau prognosisnya? Ya/Tidak  
Jika YA mohon jelaskan secara rinci
- 

5. Apakah Anda masih dalam pengawasan dokter dan tetap kontrol penyakit tersebut?  
Ya/Tidak  
jika YA, Jelaskan berapa seringnya Anda kontrol ke dokter mengenai Tumor, Kista, benjolan tersebut?
- 

Jika TIDAK, Kapan Anda dinyatakan tidak perlu kontrol ke dokter lagi?

---

6. Apakah Anda pernah tidak bisa bekerja selama beberapa waktu akibat kondisi penyakit tumor, kista atau benjolan tersebut? Jika YA, jelaskan kapan dan lamanya tidak dapat bekerja.
- 

7. Mohon berikan semua informasi tambahan lain mengenai kondisi penyakit Anda yang akan membantu proses pengajuan Asuransi Jiwa Anda.
- 
- 

*Saya menyatakan bahwa jawaban yang saya berikan adalah sesuai dengan yang saya ketahui, benar dan tidak ada hal atau informasi penting mengenai kondisi kesehatan yang saya sembunyikan dan yang akan mempengaruhi keputusan perusahaan Asuransi sehubungan dengan pengajuan Asuransi Jiwa saya.*

*Saya setuju bahwa jawaban pada formulir ini merupakan bagian yang tak terpisahkan dengan surat pengajuan asuransi jiwa saya. Dan bila ada hal-hal yang penting yang tidak saya nyatakan sehubungan dengan kondisi penyakit saya maka kontrak saya dapat menjadi batal.*

\_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan dan nama jelas bertanggung)

## KUESIONER TUMOR, KISTA, BENJOLAN

(Diisi oleh dokter yang pernah merawat untuk tumor)

Nama Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_

1. Kapan diagnosa mengenai Tumor, kista atau Benjolan tersebut di tegakan?

\_\_\_\_\_

2. Tumor, Kista atau Benjolan tersebut mengenai bagian atau organ tubuh yang mana?

\_\_\_\_\_

3. Mohon jelaskan diagnosa dari tumor, kista, atau benjolan yang dialami oleh pasien

\_\_\_\_\_

4. Bagaimana hasil histopatologis atau grade dari tumor tersebut? Jika tumor tersebut *In Situ* mohon konfirmasikan bahwa tidak ada infiltrasi jaringan tumor ke jaringan yang lain.

\_\_\_\_\_

5. Mohon jelaskan mengenai stadium atau staging dari Tumor tersebut:

- a. Apakah tumor tersebut terlokalisasi pada jaringan atau organ sekitarnya?

YES/NO

\_\_\_\_\_

Apakah jaringan tumor menginvasi jaringan sekitarnya? Jika YA mohon jelaskan

\_\_\_\_\_

- b. Apakah melibatkan kelenjar lymphe regional? Jika YA jelaskan

\_\_\_\_\_

- c. Apakah ditemukan metastase jauh? Jika YA, jelaskan

\_\_\_\_\_

6. Untuk kanker Payudara, Mohon jelaskan tumor primernya:

\_\_\_\_\_

Untuk tumor tersebut dibawah ini bila diderita oleh Tertanggung maka mohon berikan klasifikasinya:

- karsinoma Kandung kemih – Marshall/TNM
- karsinoma kolon – Dukes
- Invasive cervical carcinoma – FIGO/TNM
- Skin melanoma – Clark level/tumour thickness

7. Mohon Jelaskan secara rinci jenis-jenis pengobatan:
- a. Operasi  
Jelaskan secara rinci tanggal dan operasi tersebut. YA/TIDAK  
\_\_\_\_\_
  - b. Pengobatan penyinaran/Irradiation.  
Mohon jelaskan tanggal dan bagian yang disinari serta berapa kali. YA/TIDAK  
\_\_\_\_\_
  - c. Chemotherapy.  
Mohon jelaskan tanggal dan semua obat yang digunakan. YA/TIDAK  
\_\_\_\_\_
  - d. Terapi hormonal.  
Mohon jelaskan tanggal dan hormon yang digunakan. YA/TIDAK  
\_\_\_\_\_
8. Apakah tumor tersebut kambuh atau relapse kembali? Jika Ya jelaskan tanggal dan pada bagian atau organ mana?  
\_\_\_\_\_
9. Bagaimana hasil operasi tumor tersebut? Mohon lampirkan semua hasil operasi mis. Hasil PA  
\_\_\_\_\_
10. Bagaimana prognosa dari Tumor yang diderita?  
\_\_\_\_\_
11. Bila ada informasi tambahan sehubungan dengan kondisi kesehatan yang diderita Tertanggung mohon jelaskan.  
\_\_\_\_\_

*Demikian pernyataan yang saya ketahui mengenai kondisi penyakit pasien saya dan segala keterangan yang saya berikan adalah benar.*

\_\_\_\_\_, tanggal \_\_\_\_\_

(Nama dan tandatangan dokter)

(Stempel Rumah Sakit atau Klinik)