

**KUESIONER KEHAMILAN**  
(diisi oleh dokter kandungan yang merawat)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

Pengajuan Baru       Pemulihan/Perubahan Polis

1. Apakah diagnosis Pasien ini? G ..... P ..... A ..... , kehamilan ..... minggu, setara ..... bulan

2. Apakah penyebab terjadi abortus tersebut (jika ada)? .....

3. Mohon sebutkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) pasien ini? (dd/mm/yyyy) ..... / ..... / .....

4. Apakah ada tanda – tanda komplikasi kehamilan pada Pasien ini?

- a. Pre - Eklamsia       Ya       Tidak
- b. Placenta Previa       Ya       Tidak
- c. Lainnya, jelaskan       Ya       Tidak, Jika Ya, Jelaskan .....

5. Apakah pasien ini mempunyai riwayat penyakit yang dapat berpengaruh pada kehamilannya tersebut?

- a. Overweight       Ya       Tidak
- b. Hipertensi       Ya       Tidak
- c. Diabetes Mellitus       Ya       Tidak
- d. Anemia       Ya       Tidak
- e. Asma       Ya       Tidak
- f. Penyakit Jantung       Ya       Tidak
- g. Tiroid       Ya       Tidak
- h. Mioma Uteri       Ya       Tidak
- i. Kista       Ya       Tidak
- j. Lainnya       Ya       Tidak, Jika Ya, jelaskan nama penyakitnya? .....

Obat yang rutin dikonsumsi? .....

6. Apakah Pasien pernah dirawat inap di rumah sakit sehubungan dengan kehamilannya ini?       Ya       Tidak

Jika Ya, Jelaskan Kapan? .....

Nama Dokter dan Rumah Sakit? .....

Lama Perawatan? .....

Diagnosa saat perawatan? .....

**KUESIONER KEHAMILAN**  
(diisi oleh dokter kandungan yang merawat)

Nama Calon Tertanggung : .....

No. SPA/Polis : ..... / .....

7. Apakah Pasien pernah diperiksa laboratorium/radiologi/USG kandungan dll sehubungan dengan kehamilannya ini?

Ya  Tidak

Jika Ya, jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya? (mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut)

.....

8. Tekanan Darah Pasien saat ini? ..... mmHg.

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan penyakit Pasien?

.....

**PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya, dengan tetap menjunjung kode etik kedokteran dan peraturan yang berlaku atas profesi saya sebagai dokter.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

.....  
(Tandatangan, Nama Jelas dan Cap Dokter Pemeriksa)