

KUESIONER STROKE

(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

***Berikan tanda "✓" pada keterangan yang membutuhkan pilihan**

1. Kapan serangan stroke pertama kali terjadi? (tanggal/bulan/tahun)

2. Mohon sebutkan jenis stroke yang diderita oleh Anda/Pasien?

- Stroke Iskemik/Non Hemoragik (sumbatan/bukan pendarahan)
- Stroke Hemoragik (pendarahan)
- Stroke Ringan/TIA
- Lainnya (sebutkan)

3. Mohon sebutkan gejala apa saja yang dirasakan oleh Anda/Pasien?

- a. Sakit Kepala
- b. Sulit Berbicara
- c. Lumpuh Pada Anggota Badan
- d. Gangguan Penglihatan
- e. Kebas/Kesemutan Pada Anggota Badan
- f. Kehilangan Keseimbangan
- g. Lainnya (sebutkan)

4. Apakah Anda/Pasien pernah dilakukan perawatan di Rumah Sakit? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan kapan dilakukan perawatan?(tanggal/bulan/tahun)

5. Apakah Anda/Pasien pada saat perawatan diperlukan penanganan di ruangan ICU? Ya Tidak

6. Apakah Anda/Pasien ada riwayat serangan Stroke berulang ? Ya Tidak

Jika Ya, Jelaskan berapa kali serangan Stroke berulang?

Jelaskan kapan terakhir terjadi serangan Stroke? (tanggal/bulan/tahun)

7. Apakah Anda/Pasien sedang konsumsi obat-obatan saat ini ? Ya Tidak

Jika Ya, Sebutkan nama obat yang masih dikonsumsi saat ini?

Sudah berapa lama konsumsi obat tersebut?

8. Apakah Anda/Pasien pernah melakukan pemeriksaan berikut (mohon lampirkan hasil pemeriksaan)?

- a. MRI Kepala Ya Tidak
- b. CT Scan Kepala Ya Tidak
- c. EEG(Electroencephalograph) Ya Tidak
- d. Lainnya (sebutkan)

Jika Ya, Jelaskan kapan dan bagaimana hasilnya?

KUESIONER STROKE

(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

9. Apakah faktor resiko pencetus serangan Stroke yang dimiliki Anda/Pasien?

- a. Hipertensi (darah tinggi) Ya Tidak
- b. Diabetes Mellitus (kencing manis) Ya Tidak
- c. Dyslipidemia (lemak darah) Ya Tidak
- d. Obesitas Ya Tidak
- e. Penyakit Jantung Ya Tidak
- f. Konsumsi Alkohol Ya Tidak
- g. Penyalahgunaan Obat Ya Tidak
- h. Perokok Ya Tidak

i. Lainnya (sebutkan)

10. Apakah Anda/Pasien saat ini terdapat gejala sisa akibat riwayat Stroke?

- a. Kelumpuhan Anggota Gerak Ya Tidak
- b. Demensia Ya Tidak
- c. Gangguan Bicara Ya Tidak
- d. Gangguan Penglihatan Ya Tidak
- e. Gangguan Memori Ya Tidak

f. Lainnya (sebutkan)

11. Apakah Anda/Pasien menggunakan alat bantu untuk melakukan kegiatan sehari-hari? Ya Tidak

Jika Ya, Jenis/Alat bantu apa yang saat ini digunakan?

- Kruk/Tongkat/Tripod
- Walker
- Kursi Roda
- Lainnya (sebutkan)

Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan dengan penyakit Pasien?

.....
.....
.....
.....

KUESIONER STROKE

(Bila dalam pengawasan dokter, diisi oleh dokter yang merawat)
(Bila tidak ada dokter yang merawat, diisi oleh Calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

Pengajuan Baru Pemulihan/Perubahan Polis

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya telah mengisi dan memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa formulir ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa atas nama Saya. Apabila ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya maka PT Asuransi Jiwa Sequis Life berhak membatalkan atau tidak menerima permohonan kontrak asuransi ini.

Jika diisi oleh dokter, harap dilengkapi dengan:

Tanggal pengisian:

Nama dokter:

Alamat lengkap:

Tanda tangan & cap dokter:

Ditandatangani di:
Tanggal/bulan/tahun pengisian:

PERNYATAAN KHUSUS DOKTER :

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.

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Calon Tertanggung)

- ▶ Jika Calon Tertanggung berusia kurang dari 18 tahun, kuesioner harus ditandatangani oleh orangtua/wali.
- ▶ Orangtua/wali adalah yang sama bertandatangan di SPA.