

**PERTANYAAN TAMBAHAN – TEKANAN DARAH TINGGI**

**NAMA TERTANGGUNG** : \_\_\_\_\_

**No. Permohonan** : \_\_\_\_\_

1. Tinggi badan Anda saat ini : \_\_\_\_\_ cm      Berat badan saat ini : \_\_\_\_\_ kg

2. a. Kapan Anda mengetahui bahwa Tekanan Darah Anda meninggi ? (tgl, bln, thn)

\_\_\_\_\_

b. Tekanan darah Anda saat itu :

\_\_\_\_\_

3. Nama & Alamat Dokter saat itu :

\_\_\_\_\_

4. a. Kapan terakhir konsultasi untuk Tekanan Darah Tinggi ? (tgl, bln, thn)

\_\_\_\_\_

b. Berapa tekanan darah Anda saat terakhir konsultasi ?

\_\_\_\_\_

c. Nama & Alamat Dokter :

\_\_\_\_\_

d. Apakah Anda masih mendapat pengobatan sekarang ini ? ( ) YA      ( ) TIDAK

Jika YA : - Nama obat & dosis :

\_\_\_\_\_

Jika TIDAK : - Tanggal penghentian pengobatan :

\_\_\_\_\_

5. Berapa kali Anda berkonsultasi / memeriksakan tekanan darah Anda : \_\_\_\_\_ kali / tahun

**Tuliskanlah seluruh konsultasi beserta tanggal, hasil pemeriksaan dokter, tekanan darah Anda dalam 2 tahun terakhir :**

Tanggal, bulan, tahun	Nama & Alamat Dokter	Keluhan / Gejala	Tekanan Darah	Hasil Pemeriksaan Dokter

6. Tekanan Darah Anda yang tertinggi : \_\_\_\_\_ pada tanggal/bln/thn : \_\_\_\_\_  
Tekanan Darah Anda yang terendah : \_\_\_\_\_ pada tanggal/bln/thn : \_\_\_\_\_
7. Pernahkah Anda diperiksa Rontgen Dada/Pemeriksaan dengan alat di dada (EKG)? \_\_\_\_\_  
Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_ Dimana & hasilnya: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Pernahkah mata Anda diperiksa dengan alat funduskopi (pemeriksaan bagian dalam Bola Mata) ?  
Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_  
Nama, alamat dokter & hasilnya:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Pernahkah Anda merasakan nyeri dada? sesak nafas/nyeri yang menjalar ke lengan ?  
Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_ Dimana & hasilnya: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Pernahkah Anda masuk / dirawat di rumah sakit / mendapat infus cairan ? ( ) YA ( ) TIDAK  
Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_  
Nama, alamat dokter / rumah sakit:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Pernahkah Anda diperiksa keadaan jantung Anda ? ( ) YA ( ) TIDAK  
Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_  
Nama, alamat dokter & hasilnya:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Pernahkah Anda melakukan Treadmill test / Echocardiografi ? ( ) YA ( ) TIDAK  
Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_  
Nama, alamat dokter & hasilnya:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Pernahkah darah Anda diperiksa di laboratorium ? ( ) YA ( ) TIDAK

Jika YA, kapan ? \_\_\_\_\_

Nama, alamat dokter & hasilnya:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Apakah Anda mempunyai kadar kolesterol tinggi ? Jika YA, jelaskan :

\_\_\_\_\_

15. Apakah Anda mempunyai keluhan / gejala penyakit lainnya ? Jika YA, jelaskan :

\_\_\_\_\_

16. Keterangan lainnya :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Jika Anda memiliki hasil pemeriksaan / fotocopi hasil laboratorium / X-ray / USG ?EKG / Treadmill test, mohon sertakan.

Demikianlah Saya memberikan seluruh keterangan secara lengkap dan sebenarnya. Saya menyetujui bahwa formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, dan apabila ternyata terdapat keterangan yang tidak sesuai fakta maka PT. ASURANSI JIWA RELIANCE INDONESIA UNIT SYARIAH berhak membatalkan kontrak asuransi.

..... , .....

( tempat & tanggal ditandatangani )

.....

( Nama jelas dan tanda tangan Tertanggung )