

## 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  
- Kapankah 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 norman ? ( 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. Pernahkan dada Anda di foto X-ray ( Rontgen ) ? Ya/Tidak

Jika Ya :

- a) Kapan & dimanakah terakhir kali dilakukan ? .....
  - b) Bagaimanakah hasilnya ? .....
- ( jika Anda mempunyai hasilnya, harap disertakan )

9. Pernahlan Anda diperiksa dengan E.K.G ( Elektro Kardio Grafi ) atau Treadmill Test

( 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 : .....

Demikianlah saya telah menjawab dan memberikan keterangan mengenai riwayat kesehatan saya dengan sejujurnya, tanpa ada sesuatupun yang saya sembunyikan. Apabila ada hal yang saya ketahui namun tidak saya kemukakan, saya bersedia untuk menerima sanksi yang diberikan oleh PT. Allianz Life Indonesia. Saya pun menyetujui bahwa kuesioner ini menjadi bagian dari surat pengajuan asuransi jiwa saya pada PT. Allianz Life Indonesia.

..... , .....

( tempat & tanggal ditandatangani )

.....

( tandatangan & nama jelas saksi )

.....

( tandatangan & nama calon tertanggung )