



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Formulir
CLAIM – 05

**KUESIONER TUMOR, KISTA, BENJOLAN, PERTUMBUHAN LAINNYA DAN
 KELAINAN KANDUNGAN/ TUMORS, CYSTS, LUMPS, GROWTHS AND
 GYNAECOLOGICAL PROBLEMS QUESTIONNAIRE**

**UNTUK DIISI OLEH TERTANGGUNG/PESERTA ATAU ORANGTUA TERTANGGUNG/ PESERTA
 (APABILA TERTANGGUNG/PESERTA BERUSIA DI BAWAH 21 TAHUN)
 TO BE COMPLETED BY INSURED/ PARTICIPANT OR BY ITS PARENT (FOR INSURED/PARTICIPANT IS UNDER 21 YEARS OLD)**

Isilah dengan menggunakan TINTA WARNA HITAM, HURUF CETAK dan TULISAN TIDAK KELUAR DARI KOTAK, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai. Kuesioner yang tidak diisi dengan lengkap tidak dapat diproses. *Fill by using BLACK INK, CAPITAL LETTERS and WITHIN THE BOX PROVIDED, write clearly and check (✓) the appropriate box. Incomplete questionnaire will not be processed.*

Nama Tertanggung/Peserta:
Name of Life Assured/Participant

1. Menurut Anda, jenis kelainan yang (pernah) Anda derita adalah (pilih salah satu)/
In your opinion, what is (was) the disorders you suffer from (please tick one).
- Tumor Benjolan/lump
 Kista/cyst Lainnya, mohon jelaskan: *others, please describe:*

2. Kapan pertama kali diketahui adanya kelainan tersebut? *When was the disorder first discovered?*

3. Pada bagian tubuh mana terdapat kelainan tersebut? *In which part of the body was it situated?*

4. Bila diketahui, mohon tuliskan diagnosa pasti dari kelainan tersebut. *Please state the precise diagnosis if known.*

5. Pemeriksaan-pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan, termasuk tanggal dan hasil pemeriksaan tersebut./
Details of investigations which have been carried out, including date(s) and result(s).

(Mohon dilampirkan hasil interpretasinya/Please attach summary)

6. Apakah kelainan tersebut telah diangkat/dioperasi? *Has the growth been removed?*
 Ya/Yes Tidak/No

7. Jika belum dioperasi, pengobatan atau tindakan/operasi apa saja yang pernah dianjurkan?/
If not yet operated, please give details of any proposed treatment or surgery.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012110

8. Jika jawaban sudah dioperasi, jelaskan./If operated, please give details:

Tanggal operasi <i>Dates of removal</i>	
Lama di rumah sakit <i>Period of admittance</i>	
Nama Rumah sakit <i>Name of hospital</i>	
Nama Dokter yang merawat <i>Name of treating doctor</i>	
Dokter tersebut adalah spesialis apa <i>This doctor is a specialist in</i>	
Jenis operasi <i>Type of operation</i>	
Metode pembiusan (bius lokal, bedah beku, bius umum, dan sebagainya) <i>Method of anaesthetic (eg local anaesthetic, cryosurgery, general anaesthetic, etc)</i>	
Hasil perawatan <i>Result of treatment</i>	

Lampirkan hasil Patologi Anatomi dari operasi tersebut/Please attach histology reports

Menurut yang dikatakan Dokter Anda, hasil Patologi Anatomi tersebut./According to your Doctor, the histology report stated:

- Jinak/Benign
- Ganas/Malignant
- Lainnya/Others:

Pengobatan/tindakan apa yang dilakukan setelah dilakukan operasi?/What treatment have you had following removal?

	Ya/Tidak/ Yes/No	Jika YA, tuliskan nama dan dosis obat atau jumlah radio/kemoterapi/ If YES, please give name and dosage of medicine or numbers of radio/chemotherapy
Obat <i>oral medicines</i>		
Radiotherapy		
Chemotherapy		
Lainnya <i>Others</i>		

9. Apabila operasi yang dilakukan adalah pengangkatan rahim (histerektomi), apakah rahim diangkat seluruhnya, atau hanya sebagian?/If the operation is histerectomy, please state whether it is a total or partial histerectomy.

--

10. Jika di daerah payudara, hasil USG atau Mammografi Anda yang terakhir/
 For breast conditions, your last USG or Mammography.

Tanggal /Date	
Hasil <i>Result</i>	



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



15012110

(Mohon dilampirkan hasil interpretasinya/Please attach summary)

11. Mohon beri tanda di kolom yang sesuai./Please tick in appropriate column.

Jika pernah diberitahukan kepada Anda, prognosa (perkiraan) atas kelainan tersebut adalah:

If you have been informed, the prognosis/outlook of the disorder is:

- Baik/Good Kurang Baik/Unfavourable

12. Apakah Anda masih dalam perawatan lanjutan?/Are you still being followed-up?

- Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, jelaskan berapa kali dalam satu tahun./If YES, please state how often.

Jika TIDAK, sejak kapan Anda tidak lagi dalam perawatan lanjutan?/If NO, when were you discharged from follow-up?

13. Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja karena kondisi tersebut?/Have you lost significant time off work with this condition?

- Ya/Yes Tidak/No

Jika YA, jelaskan tanggal dan lamanya./If YES, please provide details including dates and duration of time off work:

14. Mohon jelaskan lebih lanjut bila ada informasi tambahan lainnya sehubungan dengan kondisi Anda yang menurut Anda dapat membantu proses pengajuan Klaim Anda./Please provide any additional information on your condition which you feel will be helpful in processing your claim.

