

KUESIONER KESEHATAN KEJIWAAN
(diisi oleh dokter spesialis yang merawat)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

☐ Pengajuan Baru ☐ Pemulihan/Perubahan Polis

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

1. Mohon sebutkan jenis penyakit kejiwaan yang sedang Pasien alami?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Depresi | ☐ Gangguan Panik | ☐ Obsessive Compulsive Disorder(OCD) |
| ☐ Gangguan Kecemasan | ☐ Skizofrenia | ☐ PTSD (Gangguan Stress Pasca Trauma) |
| ☐ Bipolar | ☐ Gangguan Pemusatan Perhatian/Hiperaktivitas (ADHD) | |
| ☐ Lainnya (sebutkan) | | |

2. Mohon jelaskan sejak kapan terdiagnosa? (tanggal/bulan/tahun)

3. Kapan terakhir kali serangan terjadi? (tanggal/bulan/tahun)

Apakah serangan dipicu oleh faktor tertentu (alkohol,kekerasan,lingkungan sosial,dll)? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, jelaskan faktor pemicunya?

Berapa banyak serangan terjadi dalam 1 tahun terakhir? x serangan

4. Apakah Pasien saat ini sedang atau masih dalam pengawasan Dokter/Psikiater?

- ☐ Ya, Kapan Pasien terakhir kali melakukan konsultasi? (tanggal/bulan/tahun)
- ☐ Tidak

5. Apakah saat ini Pasien sedang dalam terapi atau konsumsi obat-obatan? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, Jelaskan nama obat- obatan yang sedang dikonsumsi?

Sejak kapan konsumsi obat tersebut?

Jika Tidak, Sejak kapan Pasien berhenti minum obat ? (tanggal/bulan/tahun)

6. Apakah Pasien pernah melakukan perawatan Rawat Inap? ☐ Ya ☐ Tidak

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

Jelaskan berapa lama/hari perawatan Rawat Inap?

Nama Dokter dan Rumah Sakit

7. Apakah Pasien pernah melakukan percobaan bunuh diri? ☐ Ya ☐ Tidak

8. Apakah Pasien pernah tidak masuk kerja karena penyakit tersebut? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, Berapa lama jumlah hari tidak masuk kerja karena penyakit tersebut?

- ☐ <1 minggu ☐ 1-4 minggu ☐ >1 bulan

KUESIONER KESEHATAN KEJIWAAN
(diisi oleh dokter spesialis yang merawat)

Nama Calon Tertanggung :

No. SPA/Polis : /

☐ Pengajuan Baru ☐ Pemulihan/Perubahan Polis

9. Apakah pasien sudah dinyatakan sembuh? ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, Sejak kapan dinyatakan sembuh? (tanggal/bulan/tahun)

☐ Informasi tambahan yang ingin disampaikan sehubungan dengan 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)