

LAPORAN PEMERIKSAAN KESEHATAN

PEMBERITAHUAN

Kepada Dokter yang memeriksa diminta mencocokkan keadaan calon Tertanggung dengan kartu identitasnya (KTP, SIM) dan mengisi jawaban dengan jelas

A. IDENTITAS

- Nomor KTP/SIM : _____
 - Nama : _____
 - Jenis Kelamin : _____
 - Tempat/Tgl. Lahir : _____
 - Alamat : _____

Tanda Tangan Calon Tertanggung

B. PEMERIKSAAN KESEHATAN SEKARANG

1. UKURAN BADAN

(a). Tinggi badan tanpa sepatu : _____ cm
 (b). Berat badan tanpa sepatu : _____ kg
 (c). Lingkar perut : _____ cm

(d). Lingkar dada (Tarik napas) : _____ cm
 (e). Lingkar dada (Keluar napas) : _____ cm

2. KEADAAN UMUM

(a). Apakah saudara kenal pada calon?
 (b). Apakah calon kelihatan kurang sehat atau lebih tua dari umur yang disebutkan?
 (c). Adakah tanda-tanda luar yang memberikan kesan bahwa calon menderita suatu penyakit atau ketergantungan pada obat, minuman keras dan semacamnya?

3. TELINGA, HIDUNG, TENGGOROKAN, MATA

(a). Bagaimana keadaan:
 1. Mata 2. Telinga 3. Hidung
 4. Lidah 5. Gigi 6. Tenggorokan
 (b). Adakah kelainan-kelainan pada leher, seperti: pembesaran kelenjar, gejala-gejala Basedow atau Struma?

1 _____ 2 _____ 3 _____
 4 _____ 5 _____ 6 _____

4. KERANGKA, OTOT, DAN URAT SYARAF

(a). Bagaimana keadaan kerangka, otot, dan gizinya
 (b). Adakah dugaan menderita penyakit pada otak, spinal dan syaraf
 (c). Adakah tanda-tanda kelainan Neurologik misalnya tremor, paralyse, dan lain-lain?

5. RONGGA DADA DAN PARU-PARU

(a). Adakah kelainan pada bentuk rongga dada?
 (b). Apakah pernapasan simetris dan teratur?
 (c). Adakah kelainan pada perkusi dan Auskultasi?
 (d). Apakah Calon Asthmatis?

6. SIKULASI DARAH

(a). Tekanan darah:
 Pengukuran diulangi dua kali apabila pengukuran I lebih dari 140/90 mmHg
 (b). Nadi
 Pengukuran mohon diulang bila Nadi >80x / menit
 (c). Adakah tanda-tanda peripheral vascular?

Tekanan Darah	I	II	III
Sistolik			
Diastolik			

Nadi	Istirahat	Tekuk lutut 10x	5 menit kemudian

7. JANTUNG (a). Dimanakah ictus cordis dapat teraba? (b). Tentukan batas-batas jantung (c). Adakah tanda-tanda pembesaran jantung? (d). Adakah tanda-tanda dari dekompensasi cordis? (e). Adakah murmur atau bunyi jantung yang tidak normal?	_____ _____ _____ _____ _____
8. PERUT DAN ALAT-ALAT RONGGA PERUT (a). Bagaimana keadaan dinding perut dan isi perut misalnya apabila ditekan terasa sakit? (b). Apakah hepar dan lien sehat? Adakah nyeri tekan/lepas/pembesaran? (c). Apakah ada tanda-tanda bekas operasi? Apa sebabnya?	_____ _____ _____ _____
9. ALAT-ALAT UROGENITALIS (a). Bagaimana keadaan ginjal? (b). Adakah tanda-tanda syphilis, gonorrhoe? (c). Adakah tanda-tanda strictura atau kencing batu? (d). Adakah pembesaran prostat, kelenjar-kelenjar lain?	_____ _____ _____ _____
10. KHUSUS WANITA (a). Apakah calon pernah atau sedang menderita kelainan-kelainan pada kandungan atau payudara? (b). Adakah kelainan-kelainan dalam kehamilan dan atau menstruasi? (c). Apakah calon saat ini hamil? Jika ya, bulan ke berapa? (d). Kapan terakhir bersalin?	_____ _____ _____ _____

C. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

- Pernahkah Calon dirawat di rumah sakit/klinik kesehatan/operasi, atau sedang rawat jalan? _____
 Jika Pernah, sebutkan untuk apa, dimana, kapan, dan berapa lama? _____
- Apakah Calon merokok? _____
 Bila ya berapa batang per hari? _____
- Apakah Calon pernah atau sedang menderita: (mohon diberi tanda silang [x] pada kotak yang tersedia)

☐ Sering sakit kepala/pusing	☐ Sesak Nafas
☐ Sakit dada dan atau jantung berdebar	☐ Muntah darah
☐ Batuk berdarah/Tuberkulosis	☐ Penyakit Gondok/struma
☐ Penyakit kuning/penyakit hati hepatitis	☐ Penyakit Gula/Diabetes
☐ Penyakit Jantung	☐ Penyakit Hipertensi
☐ Penyakit stroke/sumbatan pembuluh darah	☐ Penyakit lain berdasarkan keterangan dokter
	☐ Tumor

 Bila ya, Jelaskan sejak kapan? _____
- Pernahkah Calon melakukan pemeriksaan kesehatan atau medical check up? _____
 Bagaimana hasilnya, kapan dan untuk keperluan apa? _____

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Keluarga		Masih Hidup		Sudah Meninggal	
		Umur	Keadaan Kesehatan	Umur Saat Meninggal	Sebab Meninggal
Ayah					
Ibu					
	Jumlah				
Saudara Laki - Laki					
Saudara Perempuan					

E. KESIMPULAN

- Berdasarkan pemeriksaan saudara, apakah dianjurkan suatu pemeriksaan tambahan atau laporan tambahan? _____
- Bagaimana pendapat saudara tentang keadaan kesehatan Calon Tertanggung saat ini? _____

PANDANGAN DOKTER PENASEHAT

Dokter Penasehat _____

NB: Hasil pemeriksaan ini dikembalikan kepada BRI LIFE dalam sampul tertutup

Tempat : _____
 Tanggal : ____/____/____

 Tanda tangan dan cap Dokter Pemeriksa

Nama : _____
 Alamat : _____