

LAPORAN PEMERIKSAAN KESEHATAN
 MEDICAL EXAMINER'S REPORT

PRIBADI DAN RAHASIA/PRIVATE AND CONFIDENTIAL

- Mohon diisi sesuai dengan data pada **Kartu Identitas Diri** (Calon) Peserta yang masih berlaku./Please fill in according to the valid (Proposed) Participant's **ID Card**.
- Dokter pemeriksa diminta meneliti identitas diri (Calon) Peserta, mengirimkan laporan ini langsung ke PT. AXA Mandiri Financial Services Jakarta, dan tidak mengkomunikasikan isi laporan kepada agen maupun pihak lainnya./It is requested that the medical examiner satisfies himself as to the identity of the (Proposed) Participant, forward this report only to PT. AXA Mandiri Financial Services, and not communicate its content to agent or any parties.
- Beri tanda ✓ di kotak yang tersedia./Please tick in the adjoining boxes.
- Jika jawabannya 'YA', mohon tuliskan tanggal, jenis kelainan, dokter/RS tempat berobat, nama/dosis obat, jenis dan hasil pemeriksaan medis, dan informasi lainnya secara terperinci. Setiap coretan atau koreksi penulisan wajib di tandatangani. /If the answer is 'YES', please state dates, medical conditions, treating doctor/hospital, name/dosage of drugs, type and result of medical check, and any specific information in detail. Any streak or corrected the process of eriting must be signature.

DATA (CALON) PESERTA
 (PROPOSED) PARTICIPANT'S DATA

Nama Lengkap (sesuai kartu ID) :
 Full Name (as stated on ID card)

Tempat Lahir /Place of Birth : **Tanggal Lahir/Date of Birth** : - -

Nomor Kartu Identitas Diri/ID Card Number :

Nomor Polis : **Nomor Tenaga Pemasaran** :
 Policy Number Sales Representative's Number

Nama Tenaga Pemasaran :
 Sales Representative's Name

I. ANAMNESIS

(Berisi pertanyaan yang diajukan Dokter pemeriksa kepada (Calon)Peserta
 Questions to be asked by the medical examiner to the (Proposed)Participant)

Bagian ini harus ditandatangani (Calon) Peserta dan akan menjadi bagian dari kontrak asuransi
 This section has to be signed by (Proposed) Participant and will be part of the insurance contract

	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian jika 'YA'/Detail if 'YES'
1. Apakah kesehatan Anda terganggu saat ini? Jika 'YA', jelaskan. Is your current health in any way impaired? If 'YES', please give details.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Apakah Anda masih merokok atau pernah merokok dalam 12 bulan terakhir? Do you smoke or did you smoke in the last 12 months? Jika 'YA', berapa jumlah batang rokok yang dihabiskan per hari? If 'YES', how many cigarettes do you consume per day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 – 20 batang/hari 1 – 20 cigarettes/day <input type="checkbox"/> > 20 batang/hari > 20 cigarettes/day Jika sudah berhenti, sejak kapan Anda berhenti? If you already stopped smoking, since when did you stop?
3. Apakah Anda minum alkohol? Jika 'YA', jelaskan mengenai jumlah dan frekuensinya./Do you drink alcohol? If 'YES', please mention quantity and frequency.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Apakah Anda pernah atau sedang minum obat? Jika 'YA', jenis obat apa yang Anda minum, berapa dosisnya, kapan minum obat tersebut, mengapa dan atas anjuran siapa?/Have you ever taken or are you currently taking drugs? If 'YES', what kind of drugs, when, what purpose and recommended by who?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Apakah Anda pernah mengalami kecelakaan/cedera, jika 'YA': Any history in accident/injury, if 'YES': Apakah ada gangguan fungsi anggota gerak? Is there any limb function disorder? Apakah dipasang pen? Jika 'YA', apakah saat ini masih terpasang?/Is there any plate, screw, or other internal fixator? If 'YES', is it now still attached?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Apakah Anda pernah menjalani pembedahan? Jika 'YA', kapan, pembedahan apa, di mana, kapan kontrol terakhir dan informasi lainnya. Have you done any surgery? If 'YES', when, what kind of surgery, where, last follow-up and give complete details.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Apakah Anda pernah berkonsultasi dengan Ahli Penyakit Jiwa/Psikolog? Have you ever consulted with a Psychiatrist/Psychologist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Lengkapi data keluarga inti terlampir dan jelaskan penyebab jika sudah meninggal./Please fill in your core family data attach and explain the cause of death.			
Keluarga Inti: Core Family	(tahun), jika masih hidup Age (year), if alive	Usia (tahun), waktu meninggal Age (year), at death	Penyebab Kematian Cause of death
(a) Ayah/Father	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(b) Ibu/Mother	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(c) Saudara laki-laki/Brothers	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(d) Saudara perempuan/Sisters	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian jika 'YA'/Detail if 'YES'
<p>9. Apakah Anda pernah menderita yang berikut ini : <i>Have you ever suffered from any of the followings :</i></p> <p>(a). Gangguan pada mata, hidung, rongga mulut, tuli atau keluar cairan dari telinga/Any eye, nose disorder, mouth, deafness or ear discharge</p> <p>(b). Gangguan pada leher, kelenjar gondok/Neck, thyroid gland disorder</p> <p>(c). Pusing, hilang kesadaran, pingsan, stroke <i>Dizziness, loss of consciousness, fainting, stroke</i></p> <p>(d). Gangguan jantung: nyeri dada, sesak napas, berdebar atau lainnya <i>Heart disorders: chest pain, dyspnoe, palpitation or others</i></p> <p>(e). Kelainan darah, demam rematik/Blood disorders, rheumatic fever</p> <p>(f). Gangguan paru: batuk lama, sesak napas, bronkitis, asma, TB, batuk darah, Radang selaput dada/Lung disorders: chronic, difficulty in breathing, bronchitis, asthma, TB, hematemesis, pleuritis</p> <p>(g). Kanker, tumor, kista/Cancer, tumor, cyst, or growth of any kind</p> <p>(h). Gangguan saluran cerna: infeksi, luka, perdarahan, atau lainnya <i>Stomach or bowel disorder: infection, ulcer, bleeding or others</i></p> <p>(i). Gangguan hati: abses, pembesaran, sirosis <i>Liver disorders: abscess, enlargement, cirrhosis</i></p> <p>(j). Gangguan kandung empedu: infeksi, batu, polip <i>Gall bladder disorders: infection, stone, polyp</i></p> <p>(k). Kelainan saluran kencing: batu, infeksi, penyempitan, prostat atau lainnya/Urinary tract disorders: stones, infection, strictures, prostate or other disorders</p> <p>(l). Wasir, fistula/hemorrhoids, fistula</p> <p>(m). Radang sendi, rematik, gout, kelainan sendi/tulang lainnya <i>Arthritis, rheumatism, gout, other joint/bone disorders</i></p> <p>(n). Kelumpuhan/kelainan saraf lainnya / Paralysis/other nerve disorders</p> <p>(o). Hidrokel, varikokel atau hernia/Hydrocele, varicocele or hernia</p> <p>(p). Malaria: jelaskan jenis, frekuensi serangan terakhir, gejala sisa, terapi atau komplikasinya/Malaria: Please describe type, last frequency, sequelae, therapy or complications thereof</p> <p>(q). Sakit kuning, Hepatitis, Kelainan Jantung, Tekanan Darah Tinggi, Kencing Manis, Gangguan pada Leher, Nyeri Dada, atau Kelainan Kelenjar Gondok/Jaundice, Hepatitis, Heart Disorders, High Blood Pressure, Diabetes Mellitus, Abnormalitas of Neck, Chest Pain, or Thyroid Disorders</p>			
<p>Jika jawaban 9 (q) adalah 'YA', diperlukan pemeriksaan kesehatan tambahan seperti tertera pada halaman 4. <i>If the answer to 9 (q) is 'YES', additional medical check-up is required as stated on page 4</i></p>			
<p>(r). Apakah Anda pernah menderita kelainan atau cedera yang belum disebutkan di atas?/Have you suffered from any other disorders or injury not yet disclosed above?</p>			
<p>10. Selama 3 tahun terakhir, termasuk saat ini, pernahkan Anda : <i>For the past three years, include this time, have you had :</i></p> <p>(a). Menjalani pemeriksaan kesehatan (Check Up), mendapat perawatan dokter atau Rumah Sakit ?/ever had examination Medical Check Up, or hospitalize or treatment of doctor or hospital</p> <p>(b). Dioperasi/Surgical operation</p> <p>(c). Diperiksa EKG, Treadmill, Endoskopi ? <i>In exam Echokardiogram, Treadmil, Endoscopy?</i></p> <p>(d). Diperiksa Rontgen, USG, CT scan, MRI, Laboratorium? <i>In exam Rontgen, Ultrasonography, CT scan, MRI, Laboratory?</i></p> <p>(e). Transfusi darah atau pernah ditolak sebagai donor darah? <i>Transfusion of blood or ever rejection as contribute of blood</i></p>			
<p>11. (a). Apakah cara hidup Anda membuat Anda memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena AIDS atau kondisi yang berhubungan dengan AIDS? <i>Is there anything about your lifestyle that puts you at an increased risk of AIDS or an AIDS related condition?</i></p> <p>(b). Apakah pada tiga bulan terakhir Anda pernah selama lebih dari satu minggu terus-menerus mengalami demam/kelelahan yang sering kambuh, kelelahan maupun penurunan berat badan yang tidak diketahui sebabnya, pembesaran kelenjar getah bening, diare kronis dan sering kambuh, atau luka kulit yang tidak diketahui sebabnya?/For the past three months, have you had any of the following symptoms for more than one week continuously: unexplained recurrent or persistence fever or fatigue, unexplained weight loss, enlarged lymph nodes, chronic or recurrent diarrhoea or unexplained skin lesions?</p>			

II. PEMERIKSAAN FISIK/PHYSICAL EXAMINATION

(Berisi hasil pemeriksaan fisik atas diri (Calon) Peserta)

Contains results of physical examination on (Proposed)Participant's health

Mohon dilakukan pemeriksaan fisik sehubungan dengan hasil I. Anamnesis/Please perform this physical examination related to I. Anamnesis result

	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian Jika 'YA'/Detail if 'YES'												
1. Apakah Anda mengenal (Calon) Peserta? Jika 'YA', nyatakan berapa lama, apakah dalam kapasitas profesional atau lainnya. <i>Do you know the (Proposed) Participant? If 'YES', please state how long and whether in a professional capacity or else.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
2. Apakah (Calon) Peserta terlihat? <i>Does the (Proposed) Participant:</i> (a) Cacat atau ada kelemahan fisik? Jika 'YA', mohon penjelasannya. <i>Has any physical defect or infirmity? If 'YES', please give complete info.</i> (b) Lebih tua dari usia sebenarnya? <i>Appear to be older than age stated?</i> (c) Mempunyai kelainan mental/saraf? Jika 'YA', mohon penjelasannya. <i>Have any signs of mental or nervous disorders? If 'YES', please describe.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
3. Apakah ada gejala atau tanda yang menunjukkan kelainan mata, hidung, bibir, rongga mulut atau telinga? <i>Is there any symptoms or evidence of eye, nose, lip, mouth or ear disorders?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
4. Apakah ada gejala atau tanda yang menunjukkan kelainan pada leher, kelenjar gondok? <i>Is there any symptoms or evidence of neck, thyroid gland disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
5. Ukuran-ukuran yang harus diambil oleh pemeriksa: <i>Measurements to be taken by examiner.</i>															
(a) Tinggi: <i>Height:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm ; Berat: <i>Weight:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kg		(f) Tekanan darah: <i>Blood pressure:</i>													
(b) Apakah Anda mengukur dan menimbang (Calon) Peserta? <i>Do you measure and weight the (Proposed) Participant?</i> <input type="checkbox"/> YA/YES <input type="checkbox"/> TIDAK/NO		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Pengukuran (mm/Hg) <i>Measurement</i></th> <th style="width: 25%;">Systolic</th> <th style="width: 50%;">Diastolic Fase ke-5 : penghentian suara <i>5th phase: cessation of sounds</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">II</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">III</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Jika didapatkan tekanan darah sistolik > 140 mmHg atau diastolik > 90 mmHg, mohon lakukan dua kali pemeriksaan dengan selang 5 menit dalam keadaan istirahat. <i>If found systolic > 140 mmHg or diastolic > 90 mmHg, please take two further examinations with an interval of 5 minutes between, while at rest.</i></p>		Pengukuran (mm/Hg) <i>Measurement</i>	Systolic	Diastolic Fase ke-5 : penghentian suara <i>5th phase: cessation of sounds</i>	I	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	II	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	III	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pengukuran (mm/Hg) <i>Measurement</i>	Systolic			Diastolic Fase ke-5 : penghentian suara <i>5th phase: cessation of sounds</i>											
I	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
II	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
III	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
(c) Berat badan tersebut di atas: <i>The above weight is:</i> <input type="checkbox"/> Bertambah/Increasing <input type="checkbox"/> Menetap/Static <input type="checkbox"/> Menurun/Decreasing															
(d) Denyut nadi dan karakternya: <i>Pulse rate and character</i> <input type="text"/> x/min, <input style="width: 100px;" type="text"/>															
(e) Frekuensi pernafasan: <i>Respiratory rate:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /min															
Jika ada kelainan, mohon jelaskan. <i>If there are abnormalities, please describe.</i>															
6. Dada: Apakah ditemukan? <i>Thorax: Did you find:</i>	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian Jika 'YA'/Detail if 'YES'												
(a) kelainan pada inspeksi maupun palpasi? <i>any abnormalities during inspection/palpation?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(b) pembesaran/pelebaran jantung? <i>any evidence of hypertrophy or dilation of any part of the heart?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(c) suara jantung abnormal? <i>abnormal sounds of the heart?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(d) auskultasi paru yang abnormal? <i>abnormal auscultation?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(e) khusus wanita, kelainan pada payudara? <i>only for females, breast disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
7. Abdomen: Apakah ditemukan? <i>Did you find:</i>	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian Jika 'YA'/Detail if 'YES'												
(a) kelainan pada inspeksi? <i>any abnormalities during inspection?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(b) pembesaran hati atau limpa? <i>any enlargement in the liver or spleen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(c) bising usus yang abnormal? <i>any abnormal bowe movements?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
(d) lain-lain yang belum disebutkan? <i>others that have not been mentioned?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

8. Jika ditemukan adanya salah satu hal di bawah ini, mohon dijelaskan./If one of the following is found, please give details:

	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian Jika 'YA'/Detail if 'YES'
(a) Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) Wasir/Piles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) Oedema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) Kelainan Urogenital/Urogenital Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Jika (Calon) Peserta keberatan sehingga tidak dilakukan pemeriksaan, mohon ditulis 'tidak dilakukan' dan diparaf oleh (Calon) Peserta.
If the (Proposed/Participant is not willing to be examined, please state 'examination is not performed' and sign by the (Proposed) Participant.

	TIDAK/NO	YA/YES	Rincian jika 'YA'/Detail if 'YES'
9. Khusus untuk (Calon) Peserta wanita./Only for female (Proposed) Participant:			
(a) Apakah Anda pernah melakukan Pap Smear? Jika 'YA', kapan dan bagaimana hasilnya?/Have you done Pap Smear? If 'YES', when and how the results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) Apakah Anda pernah Sectio Caesaria? Jika 'YA', atas indikasi apa?/Any history of Caesarian Section? If 'YES', for what indication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) Apakah Anda pernah mengalami kelainan kandungan? Any history of gynaecological disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) Jika hamil, kapankah tanggal perkiraan persalinannya? If pregnant, when is the expected delivery date?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(e) Adakah komplikasi pada persalinan sebelumnya? Any complications during previous pregnancies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(f) Apakah Anda pernah mengalami gangguan menstruasi? Any history of menstrual problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. Bila ada keterangan tambahan, mohon Dokter berkenan menuliskannya./If you have additional information, please state below.

Dengan ini saya menginformasikan bahwa saya telah melakukan anamnesis dan pemeriksaan/I hereby confirm that I have made anamnesis and physical examination

di:/on: _____ Tanggal:/Date: -- (tgl/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)

(Calon) Peserta
(Proposed) Participant,

Dokter Pemeriksa
Medical Examiner,

(.....)
(Nama Jelas dan Tanda Tangan sesuai KTP/ID
Name and Signature as Stated on ID Card

(.....)
Stempel, Nama Jelas dan Tanda Tangan
Stamp, Name and Signature

Jika stempel Dokter tidak ada dan/atau tanda tangan (Calon) Peserta atau tanda tangan Orang Tua (Calon) Peserta tidak sesuai dengan KTP atau identitas lainnya, maka Laporan Pemeriksaan Kesehatan ini tidak sah./If there is no Doctor's stamp and/or (Proposed) Participant's signature or Parent of (Proposed)Participant signature is not as stated in ID card, this Medical Examiner's Report is not valid.