

**PT ASURANSI JIWA SYARIAH AMANAHJIWA GIRI ARTHA**

**Laporan Pemeriksaan Fisik Kesehatan (LPK)**

*Kepada Dokter yang memeriksa diminta mencocokkan data dan keadaan calon Pihak Yang Diasuransikan (PYD) dengan Kartu Identitasnya (KTP, SIM) serta mengisi jawaban dengan jelas :*

**1 IDENTITAS PIHAK YANG DIASURANSIKAN (PYD)**

|                         |   |  |
|-------------------------|---|--|
| a. Nomor KTP/SIM :      | <input type="text"/>  | <i>Tanda Tangan PYD</i><br><br><div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> |
| b. Nama :               | <input type="text"/>  |  |
| c. Jenis Kelamin :      | <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita                 |  |
| d. Tempat/ Tgl. Lahir : | <input type="text"/> Usia : <input type="text"/> thn <input type="text"/> bln |  |
| e. Alamat :             | <input type="text"/>  |  |
| f. Jenis Pekerjaan :    | <input type="text"/>  |  |
| g. Alamat Kantor :      | <input type="text"/>  |  |

**2 RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

|                             |                      |       |                      |
|-----------------------------|----------------------|-------|----------------------|
| a. Penyakit yang diderita : | <input type="text"/> | tahun | <input type="text"/> |
| b. Kecelakaan :             | <input type="text"/> | tahun | <input type="text"/> |
| c. Dirawat di RS :          | <input type="text"/> | tahun | <input type="text"/> |
| d. Operasi :                | <input type="text"/> | tahun | <input type="text"/> |

**3 RIWAYAT KELUARGA**

| KELUARGA                                  | Masih Hidup |                   | Sudah Meninggal |          |
|---|-------------|-------------------|-----------------|----------|
|   | Usia        | Kondisi Kesehatan | Usia            | Penyebab |
| Ayah                                      |             |                   |                 |          |
| Ibu                                       |             |                   |                 |          |
| Suami/Istri                               |             |                   |                 |          |
| Saudara Wanita <input type="text"/> orang |             |                   |                 |          |
| Saudara Pria <input type="text"/> orang   |             |                   |                 |          |
| Anak <input type="text"/> orang           |             |                   |                 |          |

**4 RIWAYAT PENYAKIT DALAM KELUARGA**

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| a. Tekanan darah tinggi : | <input type="text"/> |
| b. Kencing Manis :        | <input type="text"/> |
| c. Penyakit jantung :     | <input type="text"/> |
| d. Penyakit ginjal :      | <input type="text"/> |
| e. Astma :                | <input type="text"/> |
| f. Lain-lain :            | <input type="text"/> |

**5 KEADAAN UMUM**

a. Apakah Saudara kenal dengan PYD?  Ya  Tidak  
Jika kenal, pribadi atau pasien?

b. Apakah calon kelihatan kurang sehat atau lebih tua dari umur yang disebutkan?

c. Adakah tanda-tanda luar yang memberikan kesan bahwa PYD menderita suatu penyakit atau ada ketergantungan pada obat, minuman keras dan semacamnya?

**6 KEBIASAAN**

|               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| a. Merokok :  | <input type="text"/> Batang/hari |
| b. Alkohol :  | <input type="text"/>             |
| c. Olahraga : | <input type="text"/>             |

**7 PEMERIKSAAN FISIK**

|                         |   |                                 |                                   |                           |
|-------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| a. Tinggi badan         | : | <input type="text"/>            | cm                                |                           |
| b. Berat Badan          | : | <input type="text"/>            | kg                                |                           |
| c. Lingkar Dada         | : | <input type="text"/>            | cm                                |                           |
| d. Lingkar Perut        | : | <input type="text"/>            | cm                                |                           |
| e. Nadi                 | : | <input type="text"/>            | x/menit                           |                           |
| f. Pernafasan/Respirasi | : | <input type="text"/>            | x/menit                           |                           |
| g. Tekanan darah        | : | <input type="text"/>            | Systolic                          | <input type="text"/>      |
|                         |   |                                 | diastolic                         |                           |
| h. Mata                 | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| i. Muka                 | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| j. THT                  | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| k. Gigi/Mulut           | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| l. Leher                | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| m. Tiroid               | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| n. Dada                 | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| o. Jantung              | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| p. Paru-paru            | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| q. Perut                | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| r. Hati Limpa           | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| s. Peristaltik          | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| t. Kulit                | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| u. Saraf                | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |
| v. Alat gerak           | : | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Abnormal | Ket. <input type="text"/> |

**8 KHUSUS WANITA**

|   |                      |
|---|----------------------|
| a. Adakah kelainan-kelainan dalam kehamilan dan menstruasi? | <input type="text"/> |
| b. Apakah PYD saat ini hamil? Kalau ya, bulan keberapa?     | <input type="text"/> |
| c. Kapan terakhir bersalin?                                 | <input type="text"/> |

**9 PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

*(diisi hanya jika dilakukan pemeriksaan atas permintaan Perusahaan )*

|                  |                      |                      |
|------------------|----------------------|----------------------|
| a. Urinalisa     | :                    | <input type="text"/> |
| b. Darah rutin   | :                    | <input type="text"/> |
| c. Fungsi Hati   | :                    | <input type="text"/> |
| d. Fungsi Ginjal | :                    | <input type="text"/> |
| e. EKG           | :                    | <input type="text"/> |
| f. Lain-lain ;   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**10 KESIMPULAN**

|  |                      |
|--|----------------------|
| a. Berdasarkan pemeriksaan saudara, apakah anda mengajurkan suatu pemeriksaan tambahan atau laporan tambahan?                | <input type="text"/> |
| b. Bagaimana pendapat Saudara tentang kemungkinan hidup calon berdasarkan kesehatan sekarang? ( <b>baik, sedang, buruk</b> ) | <input type="text"/> |
| c. Informasi lainnya yang ingin Saudara sampaikan?   | <input type="text"/> |

**TANDA TANGAN DOKTER YANG MEMERIKSA**

Tanggal Pemeriksaan;  -  -

ttd dokter & cap

Nama :

Alamat :

SIP :

*Formulir LPK tidak BERLAKU bila tidak DIBUBUHI cap Rumah Sakit/Klinik/Lab.Klinik/Dokter*