

Nomor SPAJ/K:

DAFTAR PERTANYAAN TENTANG GOUT

Nama Calon Tertanggung/Peserta :

Tgl. lahir : Umur:

1. Kapan anda pertama kali mulai menderita penyakit Gout?

.....

2. Bagaimana frekwensi serangan penyakit tersebut?

.....

3. Berapa lama setiap kali serangan?

.....

4. Sendi-sendi mana yang menderita serangan?

.....

5. Kapan anda menderita serangan gout yang terakhir?

.....

6. Pengobatan apa yang sudah diberikan dan bagaimana hasilnya?

.....

.....

7. Sebutkan nama dan alamat dokter yang merawat

Nama :

Alamat :

Tempat:

Tanggal:/...../.....

Calon Tertanggung/Peserta

(.....)

Tanda Tangan & Nama Jelas