COVID-19 Recovery Questionnaire

POLICY NO. / NO POLIS	*NAME OF PROPOSED INSURED* / NAMA TERTANGGUNG	*BRANCH CODE* / KODE CABANG

1. *On what date were you diagnosed with SARS-CoV-2/COVID-19?* / Pada tanggal berapa anda di diagnosis menderita SARS-CoV-2/COVID-19?

   _____

   _____

   _____

2. *What type of test was used to make the diagnosis? (circle one)* / Jenis tes apa yang digunakan memastikan diagnosis tersebut? (lingkari satu)

   a) *rt-PCR test (usually performed with a nasal and throat swab)* / tes rt-PCR (biasanya dilakukan dengan swab hidung dan tenggorokan)
   b) *antibody test (usually performed with a finger prick or blood test)* / tes antibodi (biasanya dilakukan dengan tusukan jari atau tes darah)
   c) *I do not know* / saya tidak tahu

3. *Did you receive a printed or electronic report with your test result? If yes, please return a copy with this questionnaire.* / Apakah anda menerima laporan cetak atau elektronik dengan hasil tes yang anda lakukan? Jika iya, mohon lampirkan salinannya bersamaan dengan kuesioner ini.
   Yes ☐ No ☐

4. *Why did you receive a COVID-19 test? (circle one)* / Mengapa anda melakukan tes COVID-19? (lingkari satu)

   a) *Had symptoms/was ill* / Mengalami gejala/sakit
   b) *Had exposure to someone with known COVID-19 infection, but had no symptoms* / Pernah terpapar dengan seseorang yang diketahui terinfeksi COVID-19, tetapi tidak menunjukkan gejala
   c) *As part of a general screening/testing program, but had no symptoms* / Sebagai bagian program skrining/pengujian umum, tetapi tidak menunjukkan gejala
   d) *Other (please provide details)* / Lainnya (mohon berikan detailnya)

   _____

   _____

   _____

5. *At any time did you require admission to hospital for observation, quarantine, or treatment of COVID-19?* / Kapan saja anda memerlukan rawat inap di rumah sakit untuk observasi, karantina, atau perawatan COVID-19?

   Yes ☐ No ☐

   If yes, please continue / Jika iya, silakan lanjutkan :

   a) *Was admission for observation or quarantine purposes only and at no time did you have symptoms and/or require treatment?* / Apakah masuk untuk tujuan observasi atau karantina saja dan tidak pernah ada gejala dan/atau memerlukan perawatan?

      ☐ Yes ☐ No

   b) *Date of admission?* / tanggal masuk _____ *Date of discharge?* / tanggal keluar _____

   c) *Did you require treatment in the intensive care unit (ICU)?* / Apakah anda memerlukan perawatan di unit perawatan intensif (ICU) ?

      ☐ Yes ☐ No

   d) *Did you require a machine to help you breathe?* / Apakah anda memerlukan alat untuk membantu anda bernafas

      ☐ Yes ☐ No

   e) *What complications did you experience such as lung (respiratory), kidney, liver, or heart problems related to the COVID-19 infection? (please provide details).* / Komplikasi apa yang anda alami seperti masalah paru-paru (pernapasan), ginjal, hati atau jantung terkait infeksi COVID-19? (mohon berikan detailnya).

_____

_____

_____

6. *What symptoms do you have at this time? (circle all that apply)* / Gejala apa yang anda rasakan saat ini? (lingkari semua yang sesuai)

    a) *Fatigue or loss of energy* / kelelahan
    b) *Concentration difficulties* / kesulitan berkonsentrasi
    c) *Fever* / demam
    d) *Cough* / batuk
    e) *Body ache* / nyeri pada badan
    f) *Headaches* / sakit kepala
    g) *Shortness of breath* / nafas pendek
    h) *Depressed mood* / mood yang kurang baik
    i) *No symptoms* / tidak ada gejala

7. *Date on which you experienced complete recovery* / Tanggal saat anda mengalami pemulihan total:

    _____

    _____

8. *Do you have any pending or recommended follow-up appointments or tests related to your COVID-19 diagnosis?* / Apakah anda memiliki janji temu atau tes lanjutan yang tertunda atau direkomendasikan terkait dengan diagnosis COVID-19 anda?

    Yes ☐ No ☐

    If yes, please list dates and test / Jika iya, sebutkan tanggal dan tesnya :

    _____

    _____

9. *If employed, have you been certified to return to work on an unrestricted and full-capacity basis?* / Jika dipekerjakan, apakah anda telah disertifikasi untuk kembali bekerja tanpa batasan dan kapasitas penuh?

    Yes ☐ No ☐

    If no, please provide details / Jika tidak, berikan detailnya.

    _____

    _____

Signed at_____on this day_____of_____, _____

_____	_____	_____
Witness	Signature of Proposed Insured	Signature of Policy Owner