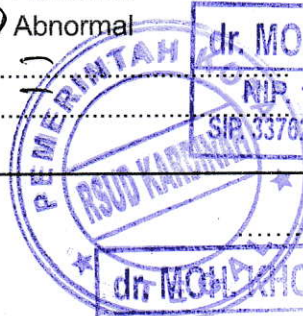




UNIT PENERIMAAN MAHASISWA BARU
UNIVERSITAS BHAMADA SLAWI
FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
CALON MAHASISWA BARU TA 2024/2025

No. Pendaftaran Nama Umur Jenis Kelamin Tempat, Tanggal Lahir Alamat Program Studi Pilihan	<p>: 9980105612240628</p> <p>: Merliana Nur Hanifah</p> <p>: 19 Tahun</p> <p>: Laki Laki / Perempuan)*</p> <p>: Tegal, 13 Maret 2005</p> <p>: Jl. Bukit Tinggi No. 32 Rt 05 Rw 06 Debang Tengah, Tegal Selatan</p> <p>: D - III Keperawatan</p>		
Berat Badan Tekanan darah Cor Pulmo Abdomen Cacat fisik	<p>: 40 Kg</p> <p>: 100/70 / mmHg</p> <p>: normal / patologis : -</p> <p>: normal / patologis : -</p> <p>: normal / patologis : -</p> <p>: -</p>	<p>Tinggi Badan : 147 cm</p> <p>Nadi : 78 / mnt, reg / irreg.)*</p>	Paraf Dokter <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">dr. MOH. KHOLID SOFIYUDIN NIP. 19710519-2005011003 SIP. 33762.52124/DUI/01/449.1/0029/II/2022</div>
Penglihatan Visus kanan Visus kiri Ischihara Test Note : CCs : Complete Color IRB : Incomplete Red Blindness CRB : Complete Red Blindness	<p>: Normal / Abnormal</p> <p>: Normal / Abnormal</p> <p>(CCs) IRB / CRB IGB / CGB / TCB</p> <p>IGB : Incomplete Green Blindness CGB : Complete Green Blindness TCB : Total Color Blindness</p>	<p>Visus : 6/6</p> <p>Visus : 6/6</p>	Paraf Dokter <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">dr. MOH. KHOLID SOFIYUDIN NIP. 19710519-2005011003 SIP. 33762.52124/DUI/01/449.1/0029/II/2022</div>
Pendengaran Bicara Reflek	<p>: Telinga Kanan : Normal / Abnormal</p> <p>: Telinga Kiri : Normal / Abnormal</p> <p>: Normal / abnormal, kelainan pada : -</p> <p>: Normal / abnormal, kelainan pada : -</p>	<p>Visus : 6/6</p> <p>Visus : 6/6</p>	Paraf Dokter <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">dr. MOH. KHOLID SOFIYUDIN NIP. 19710519-2005011003 SIP. 33762.52124/DUI/01/449.1/0029/II/2022</div>

Catatan :



21 JUNI 2024

dr. MOH. KHOLID SOFIYUDIN
NIP. 19710519-2005011003
SIP. 33762.52124/DUI/01/449.1/0029/II/2022

Tandatangan dokter dan stempel



PEMERINTAH KOTA TEGAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KARDINAH

Jl. AIP KS. Tubun No. 2 Kota Tegal

Telp. (0283) 350377 / 350477 / 350577 / 341938. Fak (0283) 353131 Kode Pos 52124

Web: <http://www.rsukardinah.net> - E-mail: rsukardinah@gmail.com

SURAT KETERANGAN DOKTER SPESIALIS THT-KL

NO: 445/Pk. 2639 / UI / 2024

Dokter RSUD Kota Tegal menerangkan bahwa

- Nama: MERLIANA NUR HANIPAH
- Umur: 19 tahun
- Alamat: JL. BUKIT TINGGI NO. 32 RT/RW 05/06
KEL. DEBONG TENGAH KEC. TEGAL SELATAN
- Keperluan: MELAKUKAKAN PENDIDIKAN

PEMERIKSAAN THT :

- | | | | |
|-----------------|--------|----------|-------------|
| 1. Tinggi Badan | 147 cm | 4. TENSI | 100/70 mmhg |
| 2. Berat Badan | 40 kg | 5. Nadi | 78 /menit |
| 3. Gol. Darah | | | |

Pada pemeriksaan fisik ; Telinga, Hidung, Tenggorok, Kepala, Leher, dan

~~Audiometri~~ / ~~Timpanometri~~ saat ini dalam Keadaan: Baik

Demikian Surat Keterangan kesehatan ini kami terbitkan dengan sebenar – benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya



21 JUNI 2024

Dokter Pemeriksa

dr. NURBANTI, S.P.T.H.T.K.L.

NIP. 1980 0919 2009 03 2002

No. SIP. 33763.52124/DS/02/449.1/1004/IX/2019



PEMERINTAH KOTA TEGAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KARDINAH

JL. AIP. KS. Tubun No. 2 Kota Tegal

Telp. (0283) 350377 / 350477 / 350577 / 341938, Fak (0283) 353131 Kode Pos 52124

Web : <http://www.rsukardinah.net> - E-mail : rsukardinah@comail.com

SURAT KETERANGAN DOKTER SPESIALIS MATA

NO : 445 / PK. 2638 / U¹ / 2024

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : **RAERLIANA HUR HANIPAH**

Umur : **19** tahun

Alamat : **DL-BUKIT TIMBER NO.32 RT/RW 05/06**

KEL. DEBONG TENGAH KEC. TEGAL SELATAN

Pekerjaan :

Telah di Periksa Tanggal, **21 JUN 2024**

Dengan hasil :

VOD : **6/6**

VOS : **6/6**

Lapangan Penglihatan : **tidak diperiksa**

Lapangan Penglihatan Warna : **tidak ada warna**

Penglihatan Luar Mata : **normal**





SURAT KETERANGAN DOKTER
NOMOR : 440 / PK. 412 / VI / 2024

Dokter RSUD Kardinah Kota Tegal Menerangkan Bahwa :

Nama : Merliana Nur Hanifah
Usia : 19 th 3 bl 8 hr
Pekerjaan : -
Alamat : JL. BUKIT TINGGI NO.32 RT/RW 05/06 , Kel. DEBONG
TENGAH , Kec. TEGAL SELATAN
Keperluan : Melanjutkan Pendidikan

Pemeriksaan Fisik :

1. Tinggi Badan	: 147 CM	4. Tensi	: 100/70 mmHg
2. Berat Badan	: 40 KG	5. Nadi	: 78 x /menit
3. Gol Darah	: -		

Pada waktu pemeriksaan kesehatan fisik badan dalam keadaan : **SEHAT**

Demikian surat keterangan kesehatan ini kami terbitkan dengan sebenar-benarnya, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Tegal, 21 Juni 2024

Dokter Pemeriksa



dr. Mohamad Kholid

NIP. 19710519 200501 1 003

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Merliana Nur Hanifah
Tempat, Tanggal Lahir : Tegal , 13 Maret 2005
Alamat : Jl. Bukit Tinggi No. 32 Debong Tengah , Tegal Selatan , Kota Tegal
Pilihan Program Studi : D-III Keperawatan
Jalur Masuk : Reguler / ~~KIP~~ Kemdikbud / ~~KIP~~ Aspirasi) *
Nomor Telepon / HP : 0858 6666 8540

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang saya lakukan di RSUD/lainnya)* adalah benar dan sesuai keadaan saya sesungguhnya. Apabila dikemudian hari ternyata hasil pemeriksaan kesehatan tersebut tidak benar, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku pada Universitas Bhamada Slawi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari pihak manapun.

Slawi, 21 Juni 2024

Mengetahui,

Yang membuat Pernyataan,

(.....)
Sodikin
Orangtua/Wali



.....
Merliana Nur-H.
Camaba

Keterangan:

* Coret yang tidak perlu

* Khusus Prodi Keperawatan dan Kebidanan wajib cek kesehatan di RSUD