



UNIVERSITAS MARITIM AMNI
UNIMAR AMNI
SEMARANG
PANITIA PENERIMAAN MAHASISWA TARUNA BARU

Jl. Soekarno – Hatta No. 180 Semarang 50199 Telp. (024) 6710648, 6710486 Fax. (024) 6714745
Homepage : www.unimar-amni.ac.id | Email : info@unimar-amni.ac.id

SURAT PERNYATAAN DAN RIWAYAT KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Peserta :
Nomor Pendaftaran :
Program Studi :
Jalur / Gelombang :
Asal Sekolah :
No. Telp/WA :

Menyatakan hasil Pemeriksaan Kesehatan dalam Seleksi Kedokteran yang meliputi:

1. Riwayat penyakit dahulu:

Operasi tahun
Patah tulang tahun
Pen masih ada/ sudah diambil tahun
Cedera Kepala tahun
Epilepsi (Ayan)/ Meningitis Ada/Tidak
Kejang tahun
Buta Warna Negatif/Parsial/Total
Penyakit Paru (Hasil Rontgen) Normal/Tidak
Asma Ada/Tidak
Kelainan Jantung Ada/Tidak
Varicocele/Hidrocele Ada/Tidak
Hernia Ada/Tidak
Hemorhoid (Wasir/Ambeien) Ada/Tidak/Operasi(.....)
Konsumsi Alkohol Ada/Tidak
Tatto Ada/Tidak

2. Jenis Obat yang dikonsumsi saat ini:

..... Lama Penggunaan

3. Sesuai dengan ketentuan persyaratan penerimaan Calon Taruna Mahasiswa Universitas Maritim AMNI, dengan ini menyatakan bahwa saya dalam kondisi berbadan **sehat**.

(Khusus Prodi D3 Nautika dan D3 Teknik, apabila saat test kesehatan hasilnya tidak memenuhi kriteria memasuki prodi tersebut maka **bersedia** dipindahkan di prodi lain).

Data tersebut adalah benar, dan jika terdapat ketidaksesuaian pada hasil pemeriksaan akan diberikan sanksi sesuai dengan aturan yang telah ditentukan.

4. Apabila dalam kondisi sakit dan memerlukan perawatan di Rumah Sakit keseluruhan biaya akan menjadi tanggungjawab orang tua.

5. Bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan di Universitas Maritim AMNI.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui:
Orang Tua / Wali

.....,
Yang Membuat:

| |
|-----------------------|
| Materai Rp. 10.000 |
|-----------------------|

(.....)

(.....)

*Serahkan dokumen ini ke dokter pemeriksa untuk pengisian hasil pemeriksaan ke Rumah Sakit Pemerintah atau Puskesmas.

DOKUMEN PEMERIKSAAN KESEHATAN

Lokasi Tes :
Tanggal :

A. DATA PRIBADI

- 1. Nama :
- 2. Prodi :
- 3. Jenis Kelamin :
- 4. Tempat/Tgl Lahir :

B. DATA FISIK

Tinggi Badan : cm
Berat Badan : kg
BMI :
BMI = Berat Badan : (Tinggi Badan)2
Tekanan Darah :
RR :
Heart Rate : / menit
Suhu :°C

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Mata

Penglihatan normal : iya / tidak
Visus tanpa kaca mata : () () VOD / VOS
Visus dengan kaca mata/lensa : () () VOD / VOS (*jika memakai alat bantu)
Buta warna : iya / tidak *bila iya partial/total
Gerak bola mata (strabismus) : iya/ tidak
Pterygium : iya/tidak
Luas lapangan pandang : normal/tidak

2. Gigi dan Mulut

Calculus : ada / tidak
Caries : ada / tidak
Kawat gigi : ada / tidak

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|
| M3 | M2 | M1 | P2 | P1 | C | I2 | I1 | I1 | I2 | C | P1 | P2 | M1 | M2 | M3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| M3 | M2 | M1 | P2 | P1 | C | I2 | I1 | I1 | I2 | C | P1 | P2 | M1 | M2 | M3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

3. THT

Pendengaran (AUDIOMETRI) : normal / tidak
Bertindik : iya / tidak
Membran timpani : intake / perforasi
Serumen : AS/AD/PROP
Hidung : polip/sinus
Faring / laring : normal / tidak
Tonsil : ukuran T..../ T....
Thyroid : normal /tidak
Pembesaran KGB : ada / tidak

4. Thorax dan Abdomen

- Paru dan sistem pernapasan : Asma/Bronkitis/Riwayat TB(Flek Paru)
- Jantung dan kardiovaskuler : Normal/Suara Tambahan.....
- Gastrointestinal : Riwayat Gastritis/GERD/Radang Usus
- Urogenetal : hydrocele/varicocele/hernia
- Payudara (bagi Wanita) : benjolan/tumor
- Haemorhoid : iya gr... /tidak

5. Ekstremitas Atas dan Bawah

- Dalam batas normal : iya / tidak
- Bentuk kaki : normal / X / O
- Varises : ada / tidak grade ()
- Riwayat operasi :
- Kelainan otot / tulang lain :

6. Kulit

- Tatto : ada / tidak
- Tinea : ada / tidak, sebutkan ...
- PV : ada / tidak
- Kelainan kulit lainnya :

D. RIWAYAT PENYAKIT

- 1.
- 2.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG (*lampirkan hasil pemeriksaan)

- 1. HbsAg
- 2. **Rontgen Thorax PA**
Mohon disertakan keterangan adakah fibrosis /kalsifikasi / efusi / brpn / bronchitis / TB

F. KESIMPULAN

Setelah dilakukan pemeriksaan pasien dinyatakan : **SEHAT / TIDAK SEHAT**

Catatan: (Apabila ada pertimbangan khusus)

.....

.....

Demikian informasi ini disampaikan dengan sebenar-benarnya berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap yang bersangkutan.

Pemeriksa,
Tanggal,

.....
SIP.
(Nama Lengkap Tanda Tangan SIP dan Cap
Institusi Pemeriksa)