

SURAT PERNYATAAN DAN RIWAYAT KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Peserta :
Nomor Pendaftaran :
Program Studi :
Jalur / Gelombang :
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 Semarang, dengan ini menyatakan bahwa saya dalam kondisi berbadan **sehat**.
4. Apabila dalam kondisi sakit dan memerlukan perawatan di Rumah Sakit keseluruhan biaya akan menjadi tanggungjawab orang tua/ wali.
5. Bersedia mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan di Universitas Maritim AMNI Semarang.

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. Ekstremitas Atas dan Bawah

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

5. Kulit

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

D. RIWAYAT PENYAKIT

1.
2.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG KHUSUS PUTRI (**lampirkan hasil pemeriksaan*)

1. HbsAg

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*)