

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KESEHATAN
(INFORMED CONCENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Nomor Peserta Rikkes :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat :
Peserta Rikkes Calon :

Dengan ini menyatakan :

1. Setuju untuk diperiksa dan diketahui hasilnya baik fisik maupun laboratorium (termasuk pemeriksaan Narkoba dan HIV/AIDS) serta kesehatan jiwa saya oleh Biddokkes Polda/Bidkesmapta Pusdokkes Polri dalam rangka pemeriksaan kesehatan;
2. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan berikut kesimpulannya akan dilaporkan oleh Biddokkes Polda/bidkesmapta Pusdokkes Polri langsung kepada Panitia Seleksi sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan saya sebagai calon/peserta pendidikan;
3. Setuju bahwa berkas lengkap catatan medik hasil pemeriksaan saya tetap disimpan oleh Biddokkes Polda/Bidkesmapta Pusdokkes Polri; dan
4. Setuju bahwa hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh Biddokkes Polda/Bidkesmapta Pusdokkes Polri bersifat final, dan hasil pemeriksaan ini tidak dipertentangkan dengan hasil pemeriksaan lain di luar yang dilakukan oleh Biddokkes Polda/Bidkesmapta Pusdokkes Polri.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan benar dan sukarela.

....., 20.....

Yang menyatakan,
Tanda tangan

.....
Nama Jelas

Pemeriksaan tersebut meliputi: Pemeriksaan fisik lengkap, pemeriksaan laboratorium terhadap urine-darah, EKG, foto thorax, pemeriksaan ginekologis bagi perempuan, dan pemeriksaan lain atas indikasi

KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH RIAU
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

DAFTAR RIWAYAT KESEHATAN CALON ANGGOTA POLRI

I. Identitas:

1. Nama :
2. Nomor Tes :
3. Tempat /Tgl lahir :
4. Jenis Kelamin :
5. Alamat :
6. Peserta Rikkes Calon :

II. Riwayat penyakit dahulu:

Riwayat penyakit yang pernah diderita sebelum mengikuti seleksi menjadi anggota Polri. Mohon diberi tanda silang (x) pada setiap pernyataan nomor 1 di bawah ini dan lingkari jawaban ya atau tidak serta beri penjelasan pada pernyataan nomor 2 s.d 18 dengan benar, jujur dan bertanggung jawab.

1. Apakah anda pernah menderita penyakit seperti di bawah ini:

Jenis Penyakit	Ya	Tdk	Jenis Penyakit	Ya	Tdk	Jenis Penyakit	Ya	Tdk
Sering Flu/Sakit tenggorokan			Maag			Sering sakit kepala		
Asthma			Sakit kuning			Gangguan bicara		
TBC			Batu empedu			Ayur/epilepsi		
Radang Paru			Hernia			Diabetes melitus/kencing manis		
Radang selaput paru			Ambeien/Haemorrhoid			Gonorrhoea/kencing nanah		
Bronchitis			Gangguan saluran kencing			Infeksi lain akibat hubungan sex		
Stroke			Gangguan ginjal			Demam tiroid		
Demam rheumatik			Batu ginjal			Disentri amuba/basiler		
Darah tinggi			Nyeri punggung			Malaria		
Penyakit jantung dan pembuluh darah			Gangguan sendi			Patah tulang		
Nyeri di dada kiri			Sakit kulit			Pingsan berulang		
Vances			Sulit tidur			Alergi obat/makanan		
Gangguan saluran cerna			Gugup atau gangguan mental			Tumor		

2. Apakah saat ini anda sedang dalam pengobatan/minum obat? Ya/tidak, jika ya jelaskan (apa dan kapan):.....
3. Apakah anda pernah menderita batuk berdarah? Ya/tidak, jika ya jelaskan (apa dan kapan):.....
4. Apakah anda memiliki kelainan darah dan atau air seni (urine)? Ya/tidak, jika ya jelaskan (mengapa dan kapan):.....
5. Apakah anda pernah dirawat? Ya/tidak, jika ya jelaskan (mengapa dan kapan) :

Apakah.....

6. Apakah anda pernah tidak masuk kerja dalam waktu lama (lebih dari 1 bulan)? Ya/tidak, jika ya jelaskan (mengapa dan kapan):.....
7. Apakah anda pernah operasi? Ya/tidak, jika ya jelaskan (apa dan kapan):.....
8. Apakah anda pernah menderita kecelakaan? Ya/tidak, jika ya jelaskan:
 - a. Apakah ada trauma kepala pada saat kecelakaan? Ya/tidak
 - b. Apakah dirawat? Ya/tidak, jika dirawat di mana, kapan dan berapa lama?
 - c. Apakah pada saat kecelakaan kehilangan kesadaran? Ya/tidak, jika ya berapa lama?:
9. Apakah anda pernah konsultasi ke dokter ahli syaraf/ahli jiwa? Ya/ tidak, jika ya jelaskan (mengapa dan kapan):
10. Apakah anda sedang mengkonsumsi obat secara teratur? Ya/tidak, jika ya sebutkan obatnya:
11. Apakah anda dalam program penurunan berat badan dalam 3 tahun terakhir? Ya/tidak, jika ya jelaskan:
12. Apakah anda pernah ditolak asuransi kesehatan? Ya/tidak, jika ya jelaskan :
13. Apakah anda pernah ditolak melamar kerja karena masalah kesehatan? Ya/tidak, jika ya jelaskan:
14. Apakah anda pernah menerima kompensasi akibat gangguan kesehatan permanen? Ya/tidak, jika ya jelaskan:
15. Apakah anda saat ini merasa dalam keadaan sehat? Ya/tidak, jika tidak, jelaskan:
16. Apakah anda merokok? Ya/tidak, jika ya sudah berapa lama:, berapa batang per hari:
17. Apakah anda peminum minuman beralkohol? Ya/ tidak, jika ya sudah berapa lama:

18. Khusus untuk Wanita:

Apakah anda mendapat haid secara teratur? Ya/tidak, apakah haid mengeluarkan darah yang berlebihan (ganti pembalut \pm 8 kali/hari)? Ya/tidak, apakah anda meminum pil kontrasepsi? Ya/tidak, jika ya sudah berapa lama:, apakah setiap haid menimbulkan rasa nyeri? Ya/tidak, jika ya sejak kapan: apakah anda memerlukan istirahat pada saat haid? Ya/tidak, apakah selalu berkonsultasi dengan dokter kandungan pada saat nyeri haid? Ya/tidak, jika ya sejak kapan:, kapan terakhir berkonsultasi?, apakah saat ini anda sedang hamil? Ya/tidak

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, sebagai persyaratan untuk mengikuti seleksi pendidikan.

Pekanbaru, 20.....

Yang menyatakan,
Tanda tangan

.....
Nama Jelas