

Nama Pendaftar

Kirim Formulir Ke:

The Registrar

P.O. Box 5008

Jimbaran Bali 80364

Indonesia

Fax: +62 361 702 253

registrar@uofnbali.org

Program yang didaftar (lingkari sesuai): DTS / Sekolah Lain / Staf / Sukarelawan

KEPADA DOKTER: Pendaftar sedang mendaftarkan salah satu program di Yayasan Wahana Anak Mudah / UofN Bali. Pendaftar mungkin perlu berpartisipasi dalam perjalanan dilapangan dan outreach di Indonesia dan negara-negara lain. Kami menghargai pemeriksaan dan penilaian Bapak/Ibu dokter tentang kemampuan dari pendaftar untuk menyelesaikan program.

Jenis Kelamin: Pria / Wanita

Tinggi: _____

Berat: _____

Tekanan Darah: _____

Denyut Nadi: _____

Golongan Darah: _____

Kesehatan (pilih salah satu)

 Baik sekali Baik Cukup Kurang

Selain dari penyakit minor, apakah pendaftar pernah mendapat kecelakaan atau sakit yang mengharuskan operasi atau perhatian medis? YA / TIDAK Jika ya, mohon diberikan detailnya: _____

Apakah pendaftar sedang dalam penanganan dokter atau pengobatan khusus? YA / TIDAK Jika ya, berikan detailnya: _____

Apakah pendaftar mempunyai ketidak-mampuan secara fisik atau mental yang dapat membatasi partisipasi dia di dalam program sekolah? _____

Apakah pendaftar menderita atau apakah pernah dirawat untuk hal-hal berikut ini? (mohon diberi tanda dan berikan detail dibawahnya)

- | | | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hipertensi | <input type="checkbox"/> sakit pada dada | <input type="checkbox"/> penyakit jantung | <input type="checkbox"/> stroke |
| <input type="checkbox"/> sering pingsang | <input type="checkbox"/> epilepsi | <input type="checkbox"/> migraine | <input type="checkbox"/> hepatitis |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> penyakit pada otot atau tulang | |
| <input type="checkbox"/> penyakit pada system ginjal/kemih | <input type="checkbox"/> penyakit pada darah atau metabolisme | | |
| <input type="checkbox"/> penyakit pada otak atau system syaraf | <input type="checkbox"/> gangguan pernafasan/asma | | |
| <input type="checkbox"/> depresi | <input type="checkbox"/> gangguan pola makan | <input type="checkbox"/> penyakit mental | |
| <input type="checkbox"/> alergi makanan: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> alergi obat: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> lainnya: _____ | | | |

Detail: _____

Adakah kondisi lain yang perlu diketahui? _____

Sejarah lain yang terhubung (medis/operasi/mental) _____

Rekomendasi Dokter untuk kemampuan belajar atau perjalanan ke luar negeri selama _____ bulan

- Dapat diterima tanpa ada batasan
- Dapat diterima dengan batasan-batasan (mohon spesifikasinya) _____
- Harus tetap di daerah dimana terdapat tempat pengobatan yang memadai
- Tidak dapat diterima

Berapa lama anda telah mengenal pendaftar _____ tahun _____ bulan

Informasi Pemberi Referensi

Saya menyatakan bahwa isi dari referensi ini adalah benar menurut pengetahuan saya

Tanda Tangan Dokter:

Tanggal

hari	bulan	tahun
/	/	

Nama Dokter (dalam huruf cetak)

Nomor Telpon (termasuk kode negara dan area)

Alamat / Stempel

Email

Silahkan hubungi kami jika mempunyai keterangan tambahan. Terima kasih atas bantuannya.