

FORM PEMERIKSAAN TELINGA

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pemeriksaan Kesehatan CAMABA : _____
 Nama : _____
 Program Studi* : S.KEDOKTERAN / KEPERAWATAN / ILMU GIZI / FARMASI / KEBIDANAN / FKG / FKH

HASIL PEMERIKSAAN TELINGA :

(diisi oleh dokter spesialis THT)

	Dekstra	Sinistra
Auricula*	Normal/Abormal	Normal/Abormal
Kanalis auriculis*	paten/tidak paten (kongenital/serumen obsturan)	paten/tidak paten (kongenital/serumen obsturan)
Membrana thympani *	intak/tidak intak	intak/tidak intak
Tes bisik*	normal/abnormal	normal/abnormal
Kesimpulan*	dBN/Kelainan	
Nama Dokter		Paraf**

* Lingkari Pilihan Anda

**Wajib Stempel Basah Rumah Sakit pemerintaah kota/kabupaten