



AKADEMI TERAPI WICARA
YAYASAN BINA WICARA (YBW)

JL. KRAMAT VII/27 JAKARTA PUSAT KODE POS : 10430, PHONE/FAX : (021) 3140636
Website : www.atw-ybw.ac.id Email : atw@atw-ybw.ac.id, atw_ybw@yahoo.co.id

Surat Pernyataan Riwayat Kesehatan Calon Mahasiswa Baru
Akademi Terapi Wicara T.A 2024/2025

A. IDENTITAS CALON MAHASISWA BARU

Nomor Pendaftaran :
Nama Lengkap :
Nama panggilan :
Jenis Kelamin :
Tempat & Tgl lahir :
Agama :
Sekolah asal/ tahun lulus :
Alamat asal :
Alamat di Jakarta :
No telepon/ HP :

Identitas Orangtua/ Wali (ada hubungan darah dengan orang tua)

Nama Lengkap :
Pekerjaan :
Alamat :
No telepon/ HP :

B. RIWAYAT KESEHATAN CALON MAHASISWA BARU

Apakah **MAHASISWA PERNAH** mempunyai atau **sedang** mengalami sakit atau kondisi berikut di bawah ini ?Berikan tanda **(V)** pada kolom yang tersedia. Setiap jawaban **“YA”** berikan penjelasannya.

NO	Riwayat Penyakit/ pernah mengalami penyakit dibawah ini	YA	TIDAK
1	Riwayat nyeri dada atau berdebar, jelaskan (nyeri/berdebarnya, durasi terjadinya, terjadi karena apa).....		
2	Riwayat penyakit jantung, jelaskan (berapa lama, kontrol rutin ke dokter, minum obat rutin, pernahkah dioperasi)		
3	Riwayat tekanan darah tinggi, jelaskan (tensi darah, kontrol rutin ke dokter, minum obat hipertensi)		
4	Riwayat batuk lama (flek paru) atau sesak napas (asma), jelaskan (kapan, berapa lama, masih konsumsi obat , kontrol ke dokter).....		



AKADEMI TERAPI WICARA

YAYASAN BINA WICARA (YBW)

JL. KRAMAT VII/27 JAKARTA PUSAT KODE POS : 10430, PHONE/FAX : (021) 3140636

Website : www.atw-ybw.ac.id Email : atw@atw-ybw.ac.id, atw_ybw@yahoo.co.id

NO	Riwayat Penyakit/ pernah mengalami penyakit dibawah ini	YA	TIDAK
5	Riwayat penyakit paru (bronkhitis), jelaskan (kapan, berapa lama, konsumsi obat rutin).....		
6	Riwayat penyakit liver/ hati (hepatitis), jelaskan (kapan, berapa lama)		
7	Riwayat penyakit usus dan gangguan pencernaan (usus buntu/ kanker), jelaskan (kapan, di operasi/tidak)		
8	Riwayat penyakit diabetes mellitus/ kencing manis, jelaskan (kapan , rutin kontrol ke dokter, minum obat)		
9	Riwayat penyakit lambung (maag), jelaskan (kapan, penyebabnya, seringkah terjadi, ada obat khusus)		
10	Riwayat gangguan pendengaran (pasang alat bantu dengar), jelaskan (kapan, kenapa, berapa desibel gangguan pendengaran, berapa lama pakai alat bantu pendengaran).....		
11	Riwayat gangguan penglihatan (pakai kaca mata/ soft lens), jelaskan (kapan, berapa minus/silendris mata kanan-kiri).....		
12	Riwayat perdarahan atau kelainan darah (anemia atau leukemia), jelaskan (kapan, kontrol ke dokter, minum obat rutin, nama obat).....		
13	Riwayat penyakit ginjal atau gangguan berkemih (cuci darah), jelaskan (kapan, kontrol ke dokter, berapa lama dan berapa kali cuci darah).....		
14	Riwayat penyakit saraf (stroke, HNP (saraf terjepit), tremor), jelaskan (kapan, melakukan pengobatan, apa jenis penyakit syaraf).....		
15	Riwayat sakit kepala berulang (migren), jelaskan (kapan, seberapa sering, kontrol ke dokter, minum obat apa)		
16	Riwayat pingsan berulang, jelaskan (kapan, apa penyebabnya, berapa kali pingsan, berapa lama pingsan)		
17	Sering tiba-tiba pandangan tampak kosong/ bengong, jelaskan (apa penyebab, mulai kapan, berapa kali terjadi)		
18	Riwayat kejang demam, jelaskan (kapan, berapa suhu tubuh, berapa kali terjadi, dibawa ke dokter/RS)		
19	Riwayat konsumsi obat antikejang, jelaskan (apa penyebabnya, nama obatnya)		
20	Riwayat epilepsi / kejang , jelaskan (kapan, penyebab bila kejang, berapa kali terjadi, kontrol ke dokter, minum obat epilesi)		
21	Riwayat trauma kepala/kelainan lain dengan gejala penurunan kesadaran, jelaskan (kapan, apa penyebabnya, keadaan sekarang)		
22	Riwayat tumor atau kanker, jelaskan.....		
23	Riwayat kelainan bawaan, jelaskan.....		
24	Riwayat alergi (makanan, obat, udara, debu sampai kulit bentol, merah dan gatal), jelaskan.....		
25	Riwayat pernah di rawat inap di rumah sakit, jelaskan (RS mana, kapan, berapa lama).....		



AKADEMI TERAPI WICARA

YAYASAN BINA WICARA (YBW)

JL. KRAMAT VII/27 JAKARTA PUSAT KODE POS : 10430, PHONE/FAX : (021) 3140636
Website : www.atw-ybw.ac.id Email : atw@atw-ybw.ac.id, atw_ybw@yahoo.co.id

NO	Riwayat Penyakit/ pernah mengalami penyakit dibawah ini	YA	TIDAK
26	Riwayat operasi, jelaskan (operasi apa, kapan, RS mana).....		
27	Riwayat trauma (fisik/psikis) masa kecil, jelaskan (kapan, kekerasan seperti apa, siapa yang melakukan).....		
28	Riwayat gangguan tidur, jelaskan (mulai kapan, apa penyebabnya, cara mengatasinya, kontrol ke dokter, mengkonsumsi obat khusus)		
29	Riwayat gangguan konsentrasi dan kesulitan belajar.....		
30	Riwayat phobia (takut hewan, ketinggian, benda mati) jelaskan (mulai kapan, keadaan sekarang, cara mengatasinya)		
31	Riwayat depresi atau cemas berlebihan, jelaskan (kapan, apa penyebabnya, kontrol ke psikolog/psikiater, apa mengkonsumsi obat khusus)		
32	Riwayat gangguan Psikosis/ Skizofrenia , jelaskan (kapan, melakukan pengobatan ke dokter/psikiater, minum obat khusus, apa keluarga ada yang mengalami gangguan ini)		
33	Riwayat gangguan Bipolar (perubahan mood tiba-tiba), jelaskan (kapan, melakukan kontrol dan pengobatan ke dokter/psikiater, minum obat khusus, apa ada keluarga yang mengalami gangguan seperti ini)		
34	Riwayat perokok aktif,.....batang/hari, sejak usia.....		
35	Riwayat pernah mencoba minum minuman beralkohol, sejak.....		
36	Riwayat halusinasi, jelaskan (mulai kapan, apakah sampai sekarang, halusinasi mendengar suara atau melihat sesuatu, apa ada keluarga yang mengalaminya)		
37	Riwayat gangguan jiwa masa anak (kapan, pada usia, apa penyebabnya, ada penanganannya, apa ada keluarga yang juga mengalami gangguan ini)		
38	Riwayat cacat tubuh, jelaskan		
39	Riwayat minum obat rutin setiap hari lebih dari 1 bulan (pengobatan flek paru 6 bulan), jelaskan (nama obatnya)		
40	Riwayat pernah mengalami gangguan/keterlambatan bicara, jelaskan		
41	Riwayat pernah menerima layanan terapi wicara, sejak usia dan sampai usia		
42	Riwayat penyakit lain, sebutkan.....		
Riwayat Penyakit di dalam keluarga (kedua orang tua, nenek, kakek)			
1	Riwayat gangguan jiwa pada keluarga, jelaskan ((apa hubungan dalam keluarga : kakek/nenek/ayah/ibu/paman/bibi), berapa lama mengalami gangguan, apa penyebabnya, apa ada penanganan))		
2	Riwayat penyakit darah tinggi atau kencing manis di keluarga, jelaskan ((apa hubunga dalam keluarga: kakek/nenek/ayah/ibu/paman/bibi)		



AKADEMI TERAPI WICARA

YAYASAN BINA WICARA (YBW)

JL. KRAMAT VII/27 JAKARTA PUSAT KODE POS : 10430, PHONE/FAX : (021) 3140636
Website : www.atw-ybw.ac.id Email : atw@atw-ybw.ac.id, atw_ybw@yahoo.co.id

NO	Riwayat Penyakit/ pernah mengalami penyakit dibawah ini	YA	TIDAK
3	Riwayat penyakit jantung, stroke, paru, asma atau penyakit berat lainnya di keluarga, jelaskan (kategori penyakit, apa hubungan dalam keluarga : kakek/nenek/ayah/ibu/paman/bibi).....		
4	Riwayat kanker di keluarga,jelaskan (jenis kanker, apa hubungan dalam keluarga : kakek/nenek/ayah/ibu/paman/bibi)		
5	Riwayat percobaan bunuh diri di keluarga, jelaskan dan hubungannya		
6	Riwayat epilepsi/ kejang dalam keluarga, hubungannya dan jelaskan		
7	Riwayat kekerasan (seksual) dalam keluarga, jelaskan		
8	Riwayat keluarga mengalami gangguan berkomunikasi, hubungannya dan jelaskan		
9	Riwayat adakah keluarga menerima pelayanan terapi wicara hingga saat ini		
10	Riwayat penyakit lain, sebutkan.....		

Saya menyatakan bahwa seluruh data yang diisi pada formulir ini adalah **BENAR** dan saya mengisinya dalam keadaan sehat, tanpa paksaan dari siapapun atau tanpa ada tekanan dari pihak manapun. Apabila terbukti diketahui sebaliknya di kemudian hari, maka **saya bersedia menerima sanksi apapun dari Akademi Terapi Wicara** tanpa syarat dan tuntutan di kemudian hari sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian pernyataan yang saya buat dan tandatangan ini.

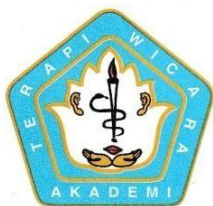
Mengetahui/Menyetujui,
Orangtua/Wali

Jakarta,
Saya yang menyatakan

Materai Rp 10.000

(.....)
(Nama Lengkap)

(.....)
(Nama Lengkap)



AKADEMI TERAPI WICARA

YAYASAN BINA WICARA (YBW)

JL. KRAMAT VII/27 JAKARTA PUSAT KODE POS : 10430, PHONE/FAX : (021) 3140636

Website : www.atw-ybw.ac.id Email : atw@atw-ybw.ac.id, atw_ybw@yahoo.co.id
