

F. Formulir Pemeriksaan Kesehatan Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Provinsi

**FORMULIR PEMERIKSAAN KESEHATAN
SELEKSI CALON PASKIBRAKA TINGKAT PROVINSI**

Tanggal pemeriksaan :..... 2024

Provinsi :..... Kabupaten/Kota :..... Putra/Putri)*

Identitas Peserta Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Provinsi:

Nama Lengkap		NIK	
Nomor Peserta		Tempat dan Tanggal Lahir	
No. Telp/HP			

Verifikasi Dokumen Formulir Pemeriksaan Kesehatan Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota:

	Hasil Verifikasi	Penilaian
Anamnesa ≤ 5 “Ya”	Ya/Tidak	Memenuhi/Tidak Memenuhi Standar Kesehatan Calon Paskibraka Provinsi
Tuliskan kelainan yang ditemukan dalam anamnesa dan pemeriksaan fisik berdasarkan Formulir Pemeriksaan Kesehatan Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota		
Pernyataan Memenuhi Standar Kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota	Ya/Tidak	Memenuhi/Tidak Memenuhi Standar Kesehatan Calon Paskibraka Provinsi

Pemeriksaan Kesehatan Gigi dan Mulut Tingkat Provinsi:

	Hasil Pemeriksaan	Memenuhi Standar Kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Provinsi	Tidak Memenuhi Standar Kesehatan Paskibraka Tingkat Provinsi	Penilaian
Caries Dentis		≤ 3 gigi	> 3 gigi	Memenuhi/Tidak Memenuhi
Tumpatan Gigi		≤ 5 gigi	> 5 gigi	Memenuhi/Tidak Memenuhi
Impaksi Gigi		≤ 2 gigi	> 2 gigi	Memenuhi/Tidak Memenuhi
Kehilangan Gigi Bagian Depan		Tidak ada	Ada	Memenuhi/Tidak Memenuhi

Penilaian Seleksi Kesehatan Capaska Tingkat Provinsi:

Berdasarkan verifikasi dokumen Formulir Pemeriksaan Kesehatan Seleksi Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota dan Pemeriksaan Gigi di Tingkat Provinsi, Calon Paskibraka di atas dinyatakan:

- Memenuhi standar kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Provinsi
- Tidak memenuhi standar kesehatan Calon Paskibraka Tingkat Provinsi, dapat bertugas sebagai Calon Paskibraka Tingkat Kabupaten/Kota

Dokter Verifikator Dokumen,2024
Dokter Gigi Pemeriksa,

(.....) (.....)

Panitia Seleksi Kesehatan
Calon Paskibraka Tingkat Provinsi,

(.....)