



**HIMPUNAN PENDAKI GUNUNG  
PENEMPUH RIMBA**

**SEKRETARIAT :**

Desa Malahayu, Banjarharjo,  
Brebes, Jawa Tengah  
Indonesia 52265

**PERWAKILAN:**

Jalan Raya Mayjend HE Sukma  
M17 No.05 RT4 RW1, Caringin,  
Bogor, Jawa Barat  
Indonesia 16730

T. 021-518221978

E: sekretariat@jungleghost.org

W. www.jungleghost.org

::

Bandung • Bogor • Brebes • Cirebon  
Jakarta • Jogja-Semarang • Makassar  
Medan • Padang • Sumedang •  
Surabaya • Tangerang

## FORMULIR INFORMASI KESEHATAN PRIBADI PESERTA

### "NATURE EXPLORER TRAINING 2016" (NET2016)

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

T/T Lahir : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

Tinggi / Berat Badan : \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg

***Apakah sebelumnya Anda pernah sakit dalam jangka waktu yang lama? (lebih dari 2 (dua) minggu)***

Ya  Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_

***Apakah sebelumnya Anda pernah dirawat di rumah sakit?***

Ya  Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_

***Apakah Anda pernah di operasi atau menjalani rawat inap selama 2 (dua) tahun terakhir? (Atas hal ini tidak termasuk situasi darurat, operasi usus buntu, operasi gigi geraham, operasi amandel)***

Ya  Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_

***Apakah Anda sedang dalam masa pengobatan? (Atas hal ini tidak termasuk antibiotik jangka pendek, obat-obatan untuk alergi, contoh pengobatan flek/paru-paru, asma, TBC atau Batuk Darah)***

Ya  Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_



**HIMPUNAN PENDAKI GUNUNG  
PENEMPUH RIMBA**

**SEKRETARIAT :**

Desa Malahayu, Banjarharjo,  
Brebes, Jawa Tengah  
Indonesia 52265

**PERWAKILAN:**

Jalan Raya Mayjend HE Sukma  
M17 No.05 RT4 RW1, Caringin,  
Bogor, Jawa Barat  
Indonesia 16730

T. 021-518221978

E: sekretariat@jungleghost.org

W. www.jungleghost.org

::

Bandung • Bogor • Brebes • Cirebon  
Jakarta • Jogja-Semarang • Makassar  
Medan • Padang • Sumedang •  
Surabaya • Tangerang

**Selama 5 (lima) tahun terakhir Anda pernah mendapatkan perawatan,  
didiagnosa atau disarankan untuk dirawat karena:**

- |   |                             |                                |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| • Kelainan jantung /serangan jantung      | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kanker atau tumor                       | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kelainan psikologis                     | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kelainan syaraf (contoh epilepsi)       | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Kelainan darah (contoh leukemia)        | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Penyakit paru (contoh TBC, Batuk Darah) | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Penyakit diabetes/kencing manis         | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Penyakit liver/hepatitis                | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Tekanan Darah Tinggi                    | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| • Tekanan Darah Rendah                    | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Mohon berikan keterangan tambahan jika Anda menjawab **YA** pada salah satu pertanyaan di atas:

---

---

---

**Penyakit apa yang pernah Anda alami?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Influenza               | <input type="checkbox"/> Cacar air             |
| <input type="checkbox"/> Demam Tinggi + Kejang   | <input type="checkbox"/> Polio                 |
| <input type="checkbox"/> Malaria                 | <input type="checkbox"/> Batuk Terus Menerus   |
| <input type="checkbox"/> Demam Berdarah          | <input type="checkbox"/> Sakit Kepala Akut     |
| <input type="checkbox"/> Typus                   | <input type="checkbox"/> Sakit Kuning / Liver  |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis             |
| <input type="checkbox"/> Maag                    | <input type="checkbox"/> Gondok                |
| <input type="checkbox"/> KP (Flek / paru-paru)   | <input type="checkbox"/> Amandel               |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Pernafasan     | <input type="checkbox"/> Kelainan Darah        |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Pendengaran    | <input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi  |
| <input type="checkbox"/> Gangguan Penglihatan    | <input type="checkbox"/> Tekanan Darah Rendah  |
| <input type="checkbox"/> Infeksi Saluran Kencing | <input type="checkbox"/> Kelainan Tulang/Sendi |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Kelainan Syaraf       |
| <input type="checkbox"/> Campak                  | <input type="checkbox"/> Kelainan Jantung      |
| <input type="checkbox"/> TBC                     | <input type="checkbox"/> Lainnya _____         |



**PERHIMPUNAN PENDAKI GUNUNG  
PENEMPUH RIMBA**

SEKRETARIAT :

Desa Malahayu, Banjarharjo,  
Brebes, Jawa Tengah  
Indonesia 52265

PERWAKILAN:

Jalan Raya Mayjend HE Sukma  
M17 No.05 RT4 RW1, Caringin,  
Bogor, Jawa Barat  
Indonesia 16730

T. 021-518221978

E: sekretariat@jungleghost.org

W. www.jungleghost.org

::

Bandung • Bogor • Brebes • Cirebon  
Jakarta • Jogja-Semarang • Makassar  
Medan • Padang • Sumedang •  
Surabaya • Tangerang

**Apakah Anda mempunyai alergi terhadap obat, makanan, udara, debu, dll?**

Ya

Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_

Dan bagaimana Anda menanganinya? (jika minum obat, mohon penjelasan dan informasi apa nama obat tersebut)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dalam 2 (dua) bulan terakhir, apakah Anda mengalami tanda-tanda atau gejala yang memerlukan bantuan medis atau tengah menunggu hasil pemeriksaan dokter untuk masalah medis yang terjadi baik pada saat ini atau di masa lampau? (Seperti batuk, demam dan sakit kepala dan perut berkepanjangan.)**

Ya

Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_

**Apakah Anda memakai alat bantu pendengaran?**

Ya

Tidak

Jika **YA**, berikan keterangan tambahan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apakah Anda memakai kaca mata?**

Ya

Tidak

Jika **YA**, berikan keterangan tambahan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apakah Anda memiliki kondisi fisik yang memerlukan perhatian khusus?**

Ya

Tidak

Jika **YA**, berikan keterangan tambahan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Apakah orang tua Anda mengidap suatu penyakit terkait dengan paru-paru (seperti batuk darah, tbc), kencing Manis (diabetes), Liver (hepatitis), darah tinggi dan lain sebagainya?**

Ya

Tidak

Ya

Tidak

Jika **YA**, sebutkan: \_\_\_\_\_



**HIMPUNAN PENDAKI GUNUNG  
PENEMPUH RIMBA**

**SEKRETARIAT :**

Desa Malahayu, Banjarharjo,  
Brebes, Jawa Tengah  
Indonesia 52265

**PERWAKILAN:**

Jalan Raya Mayjend HE Sukma  
M17 No.05 RT4 RW1, Caringin,  
Bogor, Jawa Barat  
Indonesia 16730

T. 021-518221978

E: sekretariat@jungleghost.org

W. www.jungleghost.org

::

Bandung • Bogor • Brebes • Cirebon  
Jakarta • Jogja-Semarang • Makassar  
Medan • Padang • Sumedang •  
Surabaya • Tangerang

*Jika Anda pernah mengidap suatu penyakit atau mengalami kecelakaan yang tidak disebutkan di dalam formulir ini, mohon sebutkan dan jelaskan penyakit atau kecelakaan yang pernah di alami:*

---

---

---

---

---

---

**NOMOR PENTING YANG BISA DIHUBUNGI:**

Nama Kontak Utama : \_\_\_\_\_

Hubungan : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP : \_\_\_\_\_

Nama Kontak Alternatif : \_\_\_\_\_

Hubungan : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP : \_\_\_\_\_

Nama dokter : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP : \_\_\_\_\_



**PERHIMPUNAN PENDAKI GUNUNG  
PENEMPUH RIMBA**

**SEKRETARIAT :**

Desa Malahayu, Banjarharjo,  
Brebes, Jawa Tengah  
Indonesia 52265

**PERWAKILAN:**

Jalan Raya Mayjend HE Sukma  
M17 No.05 RT4 RW1, Caringin,  
Bogor, Jawa Barat  
Indonesia 16730

T. 021-518221978

E: sekretariat@jungleghost.org

W. www.jungleghost.org

::

Bandung • Bogor • Brebes • Cirebon  
Jakarta • Jogja-Semarang • Makassar  
Medan • Padang • Sumedang •  
Surabaya • Tangerang

## SURAT PERNYATAAN KESEHATAN

Kami yang bertandatangan di bawah ini, selaku orang tua / wali / suami / istri yang sah dari: \_\_\_\_\_ dengan ini menyatakan bahwa setiap dan seluruh informasi yang tercantum dan dinyatakan dalam Formulir Informasi Kesehatan Pribadi Peserta NET2016 adalah benar adanya. Apabila diperlukan, pihak JUNGLE GHOST dapat menghubungi kami atau keluarga kami kapanpun, apabila diperlukan, guna memperoleh informasi tambahan mengenai riwayat kesehatan anak / wali / suami / istri kami yang sah tersebut, termasuk namun tidak terbatas untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, tindakan kesehatan atau hal-hal lain yang diperlukan sewaktu anak / wali / suami / istri kami tersebut mengikuti **Nature Explorer Training 2016**. Untuk mendukung informasi kesehatan pribadi peserta, kami lampirkan Surat Keterangan Kesehatan yang dikeluarkan oleh \_\_\_\_\_ sebagai institusi kesehatan resmi dan ditandatangani oleh \_\_\_\_\_ (nama dokter).

Apabila dikemudian hari diketahui kami memberikan informasi yang tidak benar dan/atau melakukan kebohongan dalam Surat Pernyataan Kesehatan ini, kami bersedia untuk menerima sanksi apapun yang diberikan oleh JUNGLE GHOST dan/atau afiliasinya. Sanksi tersebut akan diberikan berdasarkan kebijakan mutlak dari JUNGLE GHOST, termasuk namun tidak terbatas pada pemberhentian kepesertaan anak / wali / suami / istri dalam program **Nature Explorer Training 2016** tanpa ada pengembalian biaya pelatihan.

Tanggal:

Materai Rp. 6.000

Nama Lengkap :  
No. Telp/HP :