

KHUSUS PRODI KEDOKTERAN DAN FARMASI

**SURAT KETERANGAN HASIL PEMERIKSAAN MATA
DARI KLINIK/RUMAH SAKIT**

Telah melakukan pemeriksaan mata pada:

Nama : _____
Usia : _____
Jenis Kelamin : _____

dengan hasil sebagai berikut :

1. Penglihatan Warna (centang pada yang sesuai)

Tidak Buta Warna Buta Warna Buta Warna Parsial

2. Catatan : _____



..... 20.....

(.....)

.....

Keterangan : Cap Klinik/Rumah Sakit harus mengenai Foto dan Tanda Tangan Dokter