

Lampiran 9 :

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. :																	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR:	<u>dr. Iskandar SpPD</u>																
2. JENIS KELAMIN:	☒ 1. Laki-laki ☐ 2. Perempuan																
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	<u>Jakarta / 25 Desember 1969</u>																
4. ALAMAT	<u>Jl. Mawadani II Blok 34 No 19</u>																
5. KECAMATAN	<u>Setiabudi</u> KABUPATEN/KOTA <u>Tangerang</u> KODEPOS																
6. PROPINSI:	<u>BANTEN</u>																
7. NOMOR TELEPON/HP:	<u>08136363066</u>																
8. ALAMAT E-MAIL:	<u>iskandar2512@gmail.com</u>																
9. NO. ANGGOTA ID/PGI:																	
10. TANGGAL PENGISIAN	<table border="1"><tr><td>1</td><td>5</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td colspan="2">HARI</td><td colspan="2">BULAN</td><td colspan="4">TAHUN</td></tr></table>	1	5	0	3	2	0	2	3	HARI		BULAN		TAHUN			
1	5	0	3	2	0	2	3										
HARI		BULAN		TAHUN													

Mohon setiap pertanyaan di bawah ini diberi jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Setelah selesai diisi, periksa kembali agar tidak ada yang dikosongkan.

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK: (BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktik yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi-Spesialis, sebutkan <u>Perawatan</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan
B.2	Jenis Tempat Praktik?	1. PERORANGAN (di rumah/di luar rumah) ☒ 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	1. Ya 2. Kadang-kadang/Tidak teratur ☒ 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)