

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISI

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS :

No : _____																									
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR :Dr. Yandi Kurniawan, SpPD, FINASIM																									
2. JENIS KELAMIN: Laki-laki																									
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Jakarta, 17 Juli 1967																									
4. ALAMAT : Perumahan Dokter RSMY Jl. Bhayangkara 1																									
5. KECAMATAN Gading cempaka KABUPATEN/KOTA Bengkulu KODE POS 38229																									
6. PROPONSI: Bengkulu																									
7. NOMOR TELEPON/HP: 081367080022																									
8. ALAMAT E-MAIL : saputrkurniawan@yahoo.com																									
9. NO. ANGGOTA IDI/PAPDI: 0801 55538/135.2007.0003.02645																									
10. TANGGAL PENGISIAN	<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>7</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td colspan="4">HARI</td><td colspan="4">BULAN</td></tr><tr><td colspan="8">TAHUN</td></tr></table>	2	0	0	7	2	0	2	2	HARI				BULAN				TAHUN							
2	0	0	7	2	0	2	2																		
HARI				BULAN																					
TAHUN																									

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK:

(BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
B1	Jenis praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter, Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2
B2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN 2. KLINIK	
B3	Apakah ada shift jaga malam/rotasi	3. Tidak √	



A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

Nº	PERNYATAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1.	INFORMASI UMUM BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓	
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____		2022
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓	
2.2.	RAWAT PENYAKIT & DISABILITAS BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK
2.2.1.	Apakah anda pernah dirawat di rumah sakit?		
2.2.2.	Jika ya, jelaskan untuk penyakit apa saja Anda dirawat		
	_____ Tahun _____		
2.2.3.	Apakah saat ini Anda mempunyai sesuatu disabilitas (ketidakmampuan tertentu dalam bekerja?)		✓
2.2.4.	Apakah disabilitas tersebut tidak dapat dikoreksi?		
2.2.5.	Apakah disabilitas tersebut mengganggu pelayanan medis yang anda berikan?		
2.2.6.	Jika ada disabilitas, jelaskan:		
	Gangguan kekuatan fisik		
	Gangguan ketrampilan motoric (tremor, kelemahan otot)		
	Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal		
	Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal		
	Gangguan penglihatan berat (tidak dapat membaca font 12 tanpa loop)		
	Gangguan memori		
	Gangguan mental		
2.3.	RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK
2.3.1.	Apakah Anda saat ini sedang menjalani pengobatan?		✓
2.3.2.	Jika ya, jelaskan pengobatan apa _____		
2.3.3.	Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda ?		
2.3.4.	Apakah Anda suka mengkonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?		✓

RESUME

Jika anda dalam sedang pengobatan atau ada disabilitas, mohon beri keterangan singkat mengenai kondisi anda pada baris dibawah ini :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Saya bertanda tangan dibawah ini menyatakan , bahwa berdasarkan pengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan adalah benar, sesuai dengan keadaan saat ini. Jika dikemudian hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, 20 Juli 2022



Dr. Yandi Kurniawan, SpPD, FINASIM