

**DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI**

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. Djallalluddin M. Kes, Sp.PD EKV</u>
2	JENIS KELAMIN: ☒ 1. Laki-laki ☐ 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>Grobogan, 18-3-1968</u>
4	ALAMAT: <u>21. Palm View E4</u>
5	KECAMATAN <u>Banjarmasin Timur</u> KABUPATEN/KOTA <u>Banjarmasin</u> KODEPOS _____
6	PROVINSI: <u>Kalimantan Selatan</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>081225035496</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>fk.uniba1@yahoo.co.id</u>
9	NO. ANGGOTA ID/IDPGI: <u>130435605</u>
10	TANGGAL PENGISIAN: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">0</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">3</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">0</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">7</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">2</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">0</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">1</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px;">9</table> TGL 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 Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>Penyakit dalam</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan <u>kardiovaskuler</u>
B.2	Jenis Tempat Praktek?	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)

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN			
2.1.	INFORMASI UMUM: BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK		
2.1.1.	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?	✓			
2.1.2.	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan?				
2.1.3.	Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓			
2.2	RIWAYAT 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				
	 tahun				
	 tahun				
	 tahun				
2.2.3.	Apakah saat ini Anda mempunyai suatu 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 motorik (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 mengonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?		✓		

RESUME

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

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

_____, tanggal _____



atas meterai

(Nama jelas)

SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL
(Untuk Persyaratan Surat Tanda Registrasi)

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji Kesehatan (Jika Ada), maka dengan ini :

Nama (Pemohon) : dr. Dgallalluddin M. Kes, Sp.PD BKV

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis Penyakit Dalam
3. Dokter Spesialis Konsultan Cardiounskuler

Pada pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa :

- ☒ Sehat secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental untuk sementara belum memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan, dan perlu pemeriksaan kesehatan ulang setelah selesai pengobatan/perawatan.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

Tempat _____, Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____

(Nama Jelas : Dr. Mulya Mutada Elfa, SpPD)
(NIP : 503100120190112011)

SIP No. _____



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
REPUBLIK INDONESIA

FORM PENDAFTARAN RESERTIFIKASI KOMPETENSI

FORM B

1 Nama Lengkap (tanpa gelar)	DJALALLULLUDDIN
2 No. Anggota PAPDI	1118 2003 0059 02428
3 Tempat Lahir	
Kota/Kabupaten	Grobogan
Propinsi	Jawa Tengah
4 Tanggal lahir	18 - 03 - 1968
	Tgl. Bln Tahun
5 Jenis kelamin	1. Laki-laki ☒ 2. Perempuan ☐
6 Alamat Rumah : Jalan	Palm View E4 Rea
	RT RW
	Kelurahan Pemurus Luar
	Kecamatan Banjarmasin Timur
	Kabupaten/Kota Banjarmasin
	Propinsi Kalimantan Selatan
	Kodepos
7 Alamat korespondensi : Jalan	Palm View E4
	RT RW
	Kelurahan Pemurus Luar
	Kecamatan Banjarmasin Timur
	Kabupaten/Kota Banjarmasin
	Propinsi Kalimantan Selatan
	Kodepos

8 No. Tlp/Fax/ Email
Tlp. Rumah
Tlp. Korespondensi

Kode area No. Telepon

Kode area No. Telepon

Nomor Hp

081225035499

No. Faksimili

Kode area No. Fax

E-mail

djalla.uddin@gmail.com

9 SpPD/SpPD, K-

1. SpPD ☐ 2. SpPD, K- ☒

10 Kompetensi

Spesialis Penyakit Dalam
Konsultan Kardio Vaskuler

11 No. Sertifikat Kompetensi

917/B2/KV.102/2018

12 Tgl. Sertifikat Kompetensi

17 - 05 - 2018
Tgl. Bln Tahun

11 Biaya penilaian disetor ke rekening KIPD nomor 122-00-0408012-6 Bank Mandiri Cabang RSCM dengan cara

☐ disetor melalui Bank Mandiri Cabang
☒ ditransfer melalui Bank BNI

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir.

Kami yang membuat pernyataan

dr. Djalla Uddin M. Kes., P.K.K., Sp.PD, KKL
tulis nama lengkap dan gelar

Formulir Ib

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Dgallaluddin, M. kes, Sp.PD-KKV
NIP/NRP/NRPTT : 19680318 199903 1 003
Tempat & Tgl. Lahir : Grobogan, 18 Maret 1968
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : Universitas Diponegoro
Tgl. Lulus : 18 April 2009
Nomor Ijazah : U 01180/PPDS, F 1972/KDA/2009
Kompetensi : Spesialis Penyakit Dalam konsultan kardiovaskuler
Alamat Rumah : Palm View EA Banjarmasin
Tempat Kerja : RSUD Ulin Banjarmasin

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Banjarmasin, 2 Juli 2019.
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



dr. Dgallaluddin, M. kes, P.K.K. Sp. PD KKV
(nama lengkap yang membuat pernyataan)

FORMULIR PENDAFTARAN REGISTRASI ULANG

FORM 1c

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

Djajal L L U d d i n

2 No. KTP

6392061803680001

3 Nomor Registrasi

4 Tempat Lahir
Provinsi

Jawa Tengah

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Grobogan

5 Tanggal Lahir

18 - 03 - 1968

Tgl Bln Tahun

6 Jenis Kelamin

1. Pria ☒ 2. Wanita ☐

7 Alamat Rumah : Jalan

Palm View E4

Provinsi Kalimantan Selatan

Kabupaten/Kota Banjarmasin
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan Banjarmasin Timur

Kelurahan Pemurus Luar

RT RW

Kode Pos

8 Alamat Korespondensi : Jalan

Palm View E4

Provinsi Kalimantan Selatan

Kabupaten/Kota Banjarmasin
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan Banjarmasin Timur

Kelurahan Pemurus Luar

RT RW

Kode Pos

9 Nama Tempat Bekerja

RSUD Ulin Banjarmasin

Alamat Tempat Bekerja

11 A Yani No 43

Provinsi Kalimantan Selatan

Kabupaten/Kota Banjarmasin
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

10 Nama Tempat Praktik 1

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 2

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 3

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

11 Nomor Telepon/Fax/E-Mail

Telepon Rumah

Kode area

No. Telepon

Telepon Kantor

Kode area

No. Telepon

Nomor HP

Nomor Faksimil

Kode area

No. Faksimil

E-Mail

12 Ijazah

☐ Dokter

☒ Dokter Spesialis

☒ Dokter Gigi

☐ Dokter Gigi Spesialis

Nomor Ijazah

Tanggal Ijazah

Tgl

Bln

Tahun

Nama Universitas

Data diisi oleh Petugas Kolegium

13 Kompetensi

14 No Sertifikat Kompetensi

15 Tgl Sertifikat Kompetensi

Tgl

Bln

Tahun

16 Biaya Registrasi disetor ke Rekening KKI nomor 93.20.5556 Bank BNI Cabang Melewar Raya Kebayoran Baru Jakarta Selatan sebesar Rp. 250.000,- (dua ratus lima puluh ribu rupiah)

☐ disetor melalui Bank BNI cabang

☐ di transfer melalui Bank

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir

Bjm, Tanggal 2 Juli 2019