

DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI
A. IDENTITAS

NO. REGISTRASI KKI : _____	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR : <u>Dr. BERNARD VICTOR SAMUEL MANUSANG, SpD FINSIM.</u>	
2. JENIS KELAMIN : <u>1. Laki-laki</u>	2. Perempuan
3. TEMPAT, TANGGAL LAHIR : <u>SURABAYA, 21 APRIL 1973</u>	
4. ALAMAT : <u>JL KA MARMIS No 46 KEL M KADODAN</u>	
5. KECAMATAN <u>MADIDIR</u> KAB/KOTA <u>BITUNG</u> KODEPOS <u>95513</u>	
6. PROPINSI <u>SULAWESI UTARA</u>	
7. NOMOR TELEPON/HP : <u>0813 40243590</u>	
8. EMAIL : <u>bernardmanusang@gmail.com</u>	
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI : <u>43851</u>	
10. TANGGAL PENGISIAN : _____	
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
(DAPAT MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

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

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1	INFORMASI UMUM beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai		
2.1.1	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?	✓	
2.1.2	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? 2025		
2.1.3	Apakah Anda dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓	
2.2	RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai		
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 keterampilan 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 PENYAKIT & DISABILITAS beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai		
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

BITUNG, 23-7-2026



BERNARD VICTOR SAMUEL MWANASAKA
(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 BERNARD VICTOR SAMUEL MAKUSAK, Sp.D-FI.MS
Kompetensi:
1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis PENYAKIT DALAM.
3. Dokter Spesialis Konsultan _____

Pada pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa:*)

1. Sehat secara fisik dan mental untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi
2. Kondisi kesehatan fisik dan mental untuk sementara belum memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan
3. Kondisi kesehatan fisik dan mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

BITUNG, 23 7 2026

Dr. Herman Adriansjo, Sp.PD
SIP-0031/DS/WRMPTSR/III/2022
No SIP. 0031 / SIP-DS / WRMPTSR / III / 2022

*) Lingkari salah satu