

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

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

Nama (Pemohon) : dr. MARISSA ARIYANI Sp.PD

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
- ② Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis ILMU PENYAKIT DALAM
3. Dokter Spesialis Konsultan _____

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 PD6, Tanggal 01 Bulan 03 Tahun 2020



(Nama Jelas : dr. Fredia Heppy, Sp.PD FINASIM

SIP No. Spesialis Penyakit Dalam
SIP. 2769SDMK-JAMKES/DKK/X/2017

DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: <u>1321401315089694</u>		
1.	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. MARISSA ARIYANI Sp.PD</u>	
2.	JENIS KELAMIN:	1. Laki-laki <input checked="" type="radio"/> 2. Perempuan
3.	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>SOLOK / 5 FEBRUARI 1903</u>	
4.	ALAMAT <u>KONPLEK KAMPUNG BARU INDAH BLOK DD NO 2 CENGKEH</u>	
5.	KECAMATAN <u>UB BEGALUNG</u> KABUPATEN/KOTA <u>PADANG</u> KODEPOS <u>25225</u> <input type="checkbox"/>	
6.	PROPINSI: <u>SUMATERA BARAT</u>	
7.	NOMOR TELEPON/HP: <u>085263030904</u>	
8.	ALAMAT E-MAIL: <u>MARISSA_Ariyani@yahoo.com</u>	
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: <u>0301 117076</u>	
10.	TANGGAL PENGISIAN.....	0 1 0 3 2 0 2 0 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 MELINKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="radio"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>Sp PD</u> <input type="checkbox"/> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) <input checked="" type="radio"/> 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan _____
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	1. Ya <input checked="" type="radio"/> 2. Kadang-kadang/Tidak teratur <input checked="" type="radio"/> 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? <u>2020</u>	
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:	<u>SEKSIO SESARIA</u> tahun <u>2011</u> <u>SEKSIO SESARIA</u> tahun <u>2014</u> _____ 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 mengkonsumsi 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 :

TIDAK ADA

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

PADANG, tanggal 1 MARET 2020



dr. MARISSA ARIXANI Sp.PP

(Nama jelas)