

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

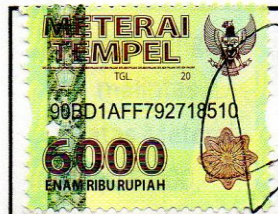
Nama : dr. MARLOW LEONARDO RUMONDOR, Sp PD
NIP/NRP/NRPT : 19760403 200501 1 011
Tempat & Tgl. Lahir : TOMOHOW, 3 APRIL 1976
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : UNIVERSITAS SAM RATULANGI
Tgl. Lulus : 11 AGUSTUS 2014
Nomor Ijazah : 1401045004
Kompetensi : DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM
Alamat Rumah : KOMP. RSUD PULANG PISAU JL TRAS KALIMANTAN
Tempat Kerja : KAB. PULANG PISAU PROP KALIMANTAN TENGAH
RSUD PULANG PISAU

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

PULANG PISAU 20 JULI 2019
.....
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



dr. MARLOW LEONARDO RUMONDOR, Sp PD
.....
(nama lengkap yang membuat pernyataan)

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) : MARLON LEONARDO RUMONDOR

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis PEWYAKIT 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

PULANG RIAU

Tempat _____, Tanggal 19 Bulan JULI Tahun 2019



(Nama Jelas : dr. Nelly Narolita Sp.PD)

SIP No. 503 / 15 / SIPD / PTSD / DPMP TSP - PP / V / 2019

DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. MARLOW LEONARDO RUMOMDOR, SpPD</u>
2	JENIS KELAMIN: 1 Laki-laki 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>TOMOHOW / 3 APRIL 1976</u>
4	ALAMAT <u>KOMP. RUD PULANG PISAU JL. TRANS KALIMANTAN PUL.</u>
5	KECAMATAN <u>KAHAYAN HILIR</u> KABUPATEN/KOTA <u>PULANG PISAU</u> KODEPOS <u>74811</u>
6	PROPINSI: <u>KALIMANTAN TENGAH</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>081340726038</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>marlonrumondor94@gmail.com</u>
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: <u>2101.64448</u>
10.	TANGGAL PENGISIAN..... 2 0 0 7 2 0 1 9 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)

N°	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2 Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis , sebutkan <u>PEMAKIS DALAM</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (dirumah/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? <u>2018</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:				
	_____ 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

PULANG PIRAU, tanggal 20 JULI 2019



dr. MARLOW LEONARD RUMONDDR, SPD
(Nama jelas)