

(7)

DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS :

NO. REGISTRASI KKI:		
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR : <u>Dr. A. KHACIK R. MUBARAK, Sp.PD.</u>		
2. JENIS KELAMIN : <u>LAKI-LAKI</u> 2. PEREMPUAN		
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : <u>REJANG LEBONG, 9-11-1967</u>		
4. ALAMAT : <u>Jln. Juanda No 58 - Air Putih Lama.</u>		
5. KECAMATAN <u>Cirup</u> KABUPATEN/KOTA <u>REJANG LEBONG</u> KODEPOS <u>39112</u>		
6. PROVINSI : <u>BENGKULU</u>		
7. NOMOR TELPON/HP : <u>0732-22442 / 08117300041</u>		
8. ALAMAT E-MAIL : <u>alek.mutibad@ yahoo.com</u>		
9. NO. ANGGOTA IDI : <u>35595</u>		
10. TANGGAL PENGISIAN <u>9-11-2018</u>		
09	11	2018
TGL	BULAN	TAHUN

*Mohon setiap pertanyaan di bawah ini debri jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Setelah selesai diisi, periksa kembali agar tidak ada yang dikosongkan.*

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTIK :
(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 sebutkan <u>PENYAKIT DALAM</u> - Gigi Spesialis 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan -
B.2	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (dirumah/diluar rumah) 2. <u>KLINIK/RUMAH SAKIT</u> 3. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	1. Ya 2. Kadang-kadang/tidak teratur 3. Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada) <u>TIDAK ADA</u> .

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN :

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
2.1	INFORMASI UMUM :	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 :	Kecelakaan lalu lintas. tahun 2002	
		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 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 <u>Dmz.</u>		✓
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 :

DM tipe 2 terkontrol

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan, bahwa :

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.

CURUP

, tanggal 9 - NOV - 2018



A. KHADIK R. MURID

(nama jelas)