

DAFTAR ISIAN

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____														
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: dr. I Putu Agus Lastya Eka Permana, M.Biomed. Sp.PD .													
2	JENIS KELAMIN:	1. Laki-laki 2. Perempuan												
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: Negara, 2 Agustus 1980.													
4	ALAMAT Jln Gemitir Gg Suli A no. 14 Biaung Kesiman Kertalangu													
5	KECAMATAN Denpasar Timur KABUPATEN/KOTA Denpasar KODEPOS 80237													
6	PROPINSI: Bali													
7	NOMOR TELEPON/HP: 081353269665													
8	ALAMAT E-MAIL: aguszhuras@gmail.com													
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: 125277													
10.	TANGGAL PENGISIAN 10 Pebruari 2024													
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td>TGL</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td>BULAN</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>TAHUN</td></tr></table>			TGL			BULAN	2	0	0			TAHUN
		TGL												
		BULAN												
2	0	0												
		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) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan _____ Penyakit Dalam 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?	ya		
2.1.2.	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____ 2023			
2.1.3.	Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	ya		
2.2	RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK	
2.2.1	Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?	tidak		
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 ?	tidak		
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 ?	tidak		
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 :

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

Denpasar _____, tanggal 10 Pebruari 2024

Tanda tangan diatas meterai

dr.I Putu Agus Lastya Eka Permana, M.Biomed. Sp.PD

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) : _____

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis_____
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_____, Tanggal_____Bulan_____Tahun_____

(Nama Jelas : _____)

SIP No. _____