



**PEMERINTAH PROVINSI KEPULAUAN RIAU**  
**RSUD ENGU HAJI DAUD**

Jalan Indun Suri – Simpang Busung Nomor. 1 Tanjung Uban Kode Pos 29152  
Telepon. ( 0771 ) 482655 ; 482796 Faks. ( 0771 ) 482795  
E-mail : [info@rsudtanjunguban.com](mailto:info@rsudtanjunguban.com) Website : [www.rsudtanjunguban.org](http://www.rsudtanjunguban.org)



TERAKREDITASI PARIPURNA  
KARS

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

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji Kesehatan,  
maka dengan ini :

Nama : KURNIAKIN W.S GIRSANG, Sp.PD

Kompetensi : Dokter Spesialis Penyakit Dalam

Pada Pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa :

- Sehat secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik Kedokteran Spesialis Penyakit Dalam.

Tanjung Uban, 11 Maret 2019

Dokter yang memeriksa



**DAFTAR ISIAN**  
**UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI**

**A. IDENTITAS:**

		NO. REGISTRASI KKI: <u>12.1.1401.3.15.073303</u>																
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>Dr. KURNIAKIN WALRISMAN SAHATA GIRSANG, Sp. PD</u>																	
2	JENIS KELAMIN: <input checked="" type="radio"/> 1. Laki-laki      2. Perempuan																	
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>Banjar Baru, 18-06-1971</u>																	
4	ALAMAT <u>KOMP. PLANO GARDEN BLOK E1 NO. 6</u>																	
5	KECAMATAN <u>BATAM KOTA</u>	KABUPATEN/KOTA <u>BATAM</u> KODEPOS <u>29152</u>																
6	PROVINSI: <u>KEPULAUAN RIAU</u>																	
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>08127000501</u>																	
8	ALAMAT E-MAIL: <u>kurniakin_wsg@yahoo.com</u>																	
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDGI:																	
10.	TANGGAL PENGISIAN.....	<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>TGL</td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr><td>0</td><td>3</td></tr> <tr><td>BULAN</td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>9</td></tr> <tr><td>TAHUN</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	3	TGL		0	3	BULAN		2	0	1	9	TAHUN			
1	3																	
TGL																		
0	3																	
BULAN																		
2	0	1	9															
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>PENY. DALAM</u> 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 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? _____		
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 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

TG. UBAN \_\_\_\_\_, tanggal 13 MARET 2019



dr. KURNIAKIN W S GIRSANG, Sp.PD  
(Nama jelas)