

DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. SITI CHADIHAH, SPP - FINASIM</u>
2	JENIS KELAMIN: 1. Laki-laki <input checked="" type="radio"/> 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>PADANG / 7 JULI 1972</u>
4	ALAMAT <u>KOMPLEK PALIMO JINDAH BLOK E no. 2</u>
5	KECAMATAN <u>PAUH</u> KABUPATEN/KOTA <u>PADANG</u> KODEPOS <u>25162</u>
6	PROPINSI: <u>SUMATERA BARAT</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>081363971172</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>sititaufik@gmail.com</u>
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: _____
10.	TANGGAL PENGISIAN: _____
	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">20</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">02</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin: 0 5px;">2020</div> <div style="display: inline-block; margin: 0 5px;">TGL</div> <div style="display: inline-block; margin: 0 5px;">BULAN</div> <div style="display: inline-block; margin: 0 5px;">TAHUN</div>

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) <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? <u>2019</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

PADANG, tanggal 20 FEBRUARI 2020



(Nama jelas)

dr. SITI CHADIDAH, SpPD - FINASIM

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SITI CHADIDAH
NIP/NRP/NRPTT : 197207072002122003
Tempat & Tgl. Lahir : PADANG , 7 JULI 1972
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : UNIV. ANDALAS
Tgl. Lulus : 26 JUNI 2010
Nomor Ijazah : 0356/0122/F.19/SP1/2010
Kompetensi : SPESIALIS PENYAKIT DALAM
Alamat Rumah : KOMPLEK PALIMO INDAH BLOK E/2 PDG
Tempat Kerja : RSUP AROSUKA KAB SOLOK

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

PADANG , 20 FEBRUARI 2020
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



(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) : SITI CHADIYAH


Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
- ② ~~Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis~~ 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 PDG, Tanggal 20 Bulan 2 Tahun 2020


dr. Fauzar, Sp. Pd
SIP No. 42/SDMK-JAMKES/DKK/IV/2017

(Nama Jelas : dr. FAUZAR, SPPD - KP

SIP No. 1142 / SDMK - Jamkes / DKK / 2017