

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

**A. IDENTITAS:**

		NO. REGISTRASI KKI: <u>332140/315006949</u>
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. Inayat Utah RSJ Sp.PD</u>	
2	JENIS KELAMIN:	<input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>Bumot, 13 Maret 1975</u>	
4	ALAMAT <u>Jln. pol-ta no. 36 RT/RW : 027/004</u>	
5	KECAMATAN <u>Asrun Selatan</u> KABUPATEN/KOTA <u>BUMOT</u> KODEPOS <u>73712</u>	
6	PROPINSI: <u>Kalimantan Tengah</u>	
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>082153293691</u>	
8	ALAMAT E-MAIL: <u>inayat.utahrsj@gmail.com</u>	
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDGK: <u>82576</u>	
10.	TANGGAL PENGISIAN.....	<input type="text" value="05"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="2019"/> <small>TGL            BULAN            TAHUN</small>

*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)

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>penyakit</u> <u>dentara</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) <input checked="" type="checkbox"/> 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan _____
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Ya 2. Kadang-kadang/Tidak teratur 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)



KOLEGIUM  
ILMU PENYAKIT DALAM

FORM PENDAFTARAN RESERTIFIKASI KOMPETENSI

FORM B

1 Nama Lengkap  
(tanpa gelar)

INAYAH ULFAH

2 No. Anggota PAPDI

138 2015 0009 0490

3 Tempat Lahir

Kota/Kabupaten  
Propinsi

BARITO SELATAN

KALIMANTAN TENGAH

4 Tanggal lahir

13 - 03 - 1975

Tgl.

Bln

Tahun

5 Jenis kelamin

1. Laki-laki  2. Perempuan

6 Alamat Rumah : Jalan

JALAN PECTITA NO 36

RT 022 RW 004

Kelurahan HILIR SPER

Kecamatan DUSUN SELATAN

Kabupaten/Kota BARITO SELATAN

BUNTOK

Propinsi KALIMANTAN TENGAH

Kodepos 73212

7 Alamat korespondensi : Jalan

MELATI NO 12

RT  RW

Kelurahan HILIR SPER

Kecamatan DUSUN SELATAN

Kabupaten/Kota BARITO SELATAN

Propinsi KALIMANTAN TENGAH

Kodepos 73212

8 No. Tlp/Fax/ Email	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tlp. Rumah	Kode area	No. Telepon
Tlp. Korespondensi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nomor Hp	<b>0821 5329 3691</b>	
No. Faksimili	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mail	<b>inayah.ulfahtis@gmail.com</b>	
9 SpPD/SpPD, K-	1. SpPD <input checked="" type="checkbox"/>	2. SpPD, K- <input type="checkbox"/>
10 Kompetensi	<b>DOKTER SPESIALIS</b>	
	<b>PESYAKIT DALAM</b>	
11 No. Sertifikat Kompetensi	<b>27991571301XII2014</b>	
12 Tgl. Sertifikat Kompetensi	<b>17</b>	<b>- 02 - 2015</b>
	Tgl.	Bln
	Tahun	

11 Biaya penilaian disetor ke rekening KIPD nomor 122-00-0408012-6 Bank Mandiri Cabang RSCM dengan cara  disetor melalui Bank Mandiri Cabang .....  
 ditransfer melalui Bank BRI .....

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir.

08 October 2019

Kami yang membuat pernyataan



dr. Inayah Utikah, S.P., M.S.

tulis nama lengkap dan gelar

Formulir 1b

### SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Inayat Ulfa, Sp.PD  
N I P/NRP/NRPTT : 199503132005012 018  
Tempat & Tgl. Lahir : Buntok, 13 Maret 1995  
Status Kepegawaian : PNS  
Perguruan Tinggi : UNIVERSITAS DIPONEGORO  
Tgl. Lulus : 22 DESEMBER 2014  
Nomor Ijazah : N. : 070651PPDS F. : 2658110A12015  
Kompetensi : Dokter spesialis penyakit dalam  
Alamat Rumah : Jl. pedesaan no. 36 RT/RW : 027/1004  
Tempat Kerja : RSUD. TARAKO SAMARAH, BUNTOK

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Buntok, 08 Oktober 2019

(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



Inayat Ulfa

(nama lengkap yang membuat pernyataan)

**C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:**

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1.	INFORMASI UMUM: BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI		
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:  <i>Parkis Noroxi</i> tahun <u>2006</u> <i>SEPTIO caesareo</i> tahun <u>2014</u> _____ 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 ketampilan 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

Bungkuk, tanggal 00 Oktober 2019

  
diatas meterai  
dr. mayukh alegro, sp.pd  
(Nama jelas)



**PEMERINTAH KABUPATEN BARITO SELATAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JARAGA SASAMEH**  
Jalan Patianom Nomor 6 Buntok Kode Pos 73711 Kalimantan Tengah  
Telepon (0525) 21261 Faksimile (0525) 21021  
Website : <http://rsud-jaragasasameh.baritoselatankab.go.id>  
Email : rsud.jaragasasameh.buntok@gmail.com

**SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL**

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Pengaji Kesehatan (Jika ada), maka dengan ini :

Nama Pemohon : **dr. INAYAH ULFAH, Sp.PD**  
Kompetensi : Dokter Spesialis Penyakit Dalam

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.

Buntok, 08 Oktober 2019  
  
**dr. DADANG BASKORO NUGROHO, Sp.PD**  
SIP NO. 133 / SDMK-SIPD / III / 7 - 2019