

DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: <u>3321401315006944</u>									
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. Inayah Utah Sp.PD</u>								
2	JENIS KELAMIN: 1. Laki-laki <input checked="" type="radio"/> 2. Perempuan								
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>Buntok, 13 Maret 1975</u>								
4	ALAMAT <u>Jl. Peta No. 36 RT/RW : 027/004</u>								
5	KECAMATAN <u>Dusun Selatiti</u> KABUPATEN/KOTA <u>Buntok</u> KODEPOS <u>73712</u>								
6	PROPINSI: <u>Kalimantan Tengah</u>								
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>082153793691</u>								
8	ALAMAT E-MAIL: <u>inayah.utahrsjs@gmail.com</u>								
9.	NO. ANGGOTA IDI/PDG: <u>82516</u>								
10.	TANGGAL PENGISIAN <table border="1" style="display: inline-table; margin: 0 5px;"><tr><td>08</td></tr><tr><td>TGL</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; margin: 0 5px;"><tr><td>10</td></tr><tr><td>BULAN</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; margin: 0 5px;"><tr><td>20</td></tr><tr><td>TAHUN</td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; margin: 0 5px;"><tr><td>19</td></tr><tr><td></td></tr></table>	08	TGL	10	BULAN	20	TAHUN	19	
08									
TGL									
10									
BULAN									
20									
TAHUN									
19									

*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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div>1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi)</div><div><input checked="" type="radio"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>pengatit Dalam</u></div><div>3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____</div></div></div>
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div>1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah)</div><div><input checked="" type="radio"/> 2. KLINIK/RUMAH SAKIT</div><div>3. PERUSAHAAN</div><div>4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan _____</div></div></div>
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><div><input checked="" type="radio"/> 1. Ya</div><div>2. Kadang-kadang/Tidak teratur</div><div>3. Tidak</div></div><div>Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)</div></div>



FORM PENDAFTARAN RESERTIFIKASI KOMPETENSI

FORM B

1 Nama Lengkap (tanpa gelar)	1 N A Y A H U L F A H
2 No. Anggota PAPDI	1 3 8 2 0 1 5 0 0 0 9 0 4 9 0
3 Tempat Lahir Kota/Kabupaten Propinsi	B A R I T O S E L A T A H K A L I M A H T A H T E M B A H
4 Tanggal lahir Tgl. Bln Tahun	1 3 - 0 3 - 1 9 7 5
5 Jenis kelamin 1. Laki-laki 2. Perempuan	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
6 Alamat Rumah : Jalan RT RW Kelurahan Kecamatan Kabupaten/Kota Propinsi Kodepos	J A L A H P E L I T A N O 3 6 0 2 2 0 0 4 H I L I R S P E R D U S U H S E L A T A H B A R I T O S E L A T A H B U H T O R K A L I M A H T A H T E M B A H 7 3 7 1 2
7 Alamat korespondensi : Jalan RT RW Kelurahan Kecamatan Kabupaten/Kota Propinsi Kodepos	M E L A T I N O 1 2 H I L I R S P E R D U S U H S E L A T A H B A R I T O S E L A T A H K A L I M A H T A H T E M B A H 7 3 7 1 2

8 No. Tlp/Fax/ Email

Tlp. Rumah

Kode area

No. Telepon

Tlp. Korespondensi

Kode area

No. Telepon

Nomor Hp

No. Faksimili

Kode area

No. Fax

E-mail

inayah.ulfahfsts@gmail.com

9 SpPD/SpPD, K-

1. SpPD

☒

2. SpPD, K-

☐

10 Kompetensi

DOKTER SPESIALIS

PEHYAKIT DALAM

11 No. Sertifikat Kompetensi

2799/ST/30/XII/2014

12 Tgl. Sertifikat Kompetensi

17 - 02 - 2015

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 Oktober 2019

Kami yang membuat pernyataan

dr. Inayah Ulfah, SP.PD

tulis nama lengkap dan gelar

Formulir 1b

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Inayah Utah, Sp.PD
NIP/NRP/NRPTT : 197503132005012018
Tempat & Tgl. Lahir : Buntok, 13 Maret 1975
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : UNIVERSITAS DIPONEGORO
Tgl. Lulus : 22 DESEMBER 2014
Nomor Ijazah : U. : 07065/PPDS F. : 2658/KDA/2015
Kompetensi : Dokter Spesialis Penyakit Dalam
Alamat Rumah : Jl. Pelita No. 36 RT/RW : 027/004
Tempat Kerja : RSUD. JARAGA SASAMEH, BUNTOK

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Buntok, 08 October 2019

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

Yang membuat pernyataan



Inayah Utah

(nama lengkap yang membuat pernyataan)

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:				
	<u>partus Normal</u> tahun <u>2006</u>				
	<u>sektio caesarea</u> 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 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

Dumole, tanggal 00 Oktober 2019



di atas meterai

dr. Inayah Utjah S.p.p
(Nama jelas)



SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji 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