

Lampiran 9 :

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. :	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR:	dr. MEDUS HAD, Sp.PD
2. JENIS KELAMIN:	1. Laki-laki 2. Perempuan
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	BUKIT KEMUMPUNG / 1 SEPTEMBER 1978
4. ALAMAT	JALAN RAJO MANDUTO Mukomuko
5. KECAMATAN	Mukomuko KABUPATEN/KOTA Mukomuko KODEPOS 38714
6. PROPINSI:	BENGKULU
7. NOMOR TELEPONHP:	085212170082
8. ALAMAT E-MAIL:	had.medus@yahoo.com
9. NO. ANGGOTA IDIPDGI:	0811.90670
10. TANGGAL PENGISIAN	01 03 2013 HARI BULAN 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 MELINGKARI 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 PERYAKIT 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan DOKTER
B.2	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (di rumah/di luar rumah) 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. APANGAN (Offshore, Daerah suid 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)

BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI

Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?

Jika ya, berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____

Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?

RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS

BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI

Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

Jika ya, jelaskan untuk penyakit apa saja Anda dirawat:

_____ tahun

_____ tahun

_____ tahun

_____ tahun

Apakah saat ini Anda mempunyai suatu disabilitas (ketidakmampuan tertentu dalam bekerja)?

Apakah disabilitas tersebut tidak dapat dikoreksi?

Apakah disabilitas tersebut mengganggu pelayanan medis yang anda berikan?

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 lup)

Gangguan memori

Gangguan Mental

RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN

BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI

Apakah Anda saat ini sedang menjalani pengobatan?

Jika ya, jelaskan pengobatan apa _____

Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda?



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

Mukomuko, tanggal 1 Maret 2023

Tanda tangan diat



(Nama jelas) dr. MENDI KURNIA, S.P.P.