

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. Yuli Astikasari, SpPD						
2. JENIS KELAMIN: Perempuan						
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Klaten, 26 Juli 1983						
4. ALAMAT : JL. Pramuka no.76 Bang Curup Tengah Bengkulu						
5. KECAMATAN: Curup KABUPATEN/KOTA Rejang Lebong						
6. PROPONSI: Bengkulu						
7. NOMOR TELEPON/HP: 081326609826						
8. ALAMAT E-MAIL : yuliasitikasari.83@gmail.com						
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI: 0804.88224/135.2019.0032.05290						
10. TANGGAL PENGISIAN	<table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td></tr></table>	1	0	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr></table>	0	1
1	0					
0	1					
	HARI	BULAN				
		<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	2	0	2	4
2	0	2	4			
		TAHUN				

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK:

(BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
B1	Jenis praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter, Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam
B2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN 2. KLINIK
B3	Apakah ada shiftjaga malam/rotasi	3. Tidak ✓



A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

N°	PERNYATAAN	JAWABAN			
2.1.	INFORMASI UMUM				
	BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK		
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓			
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____				2024
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓			
2.2.	RAWAT 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 sesuatu 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 motoric (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 dalam sedang pengobatan atau ada disabilitas, mohon beri keterangan singkat mengenai kondisi anda pada baris dibawah ini :

.....

.....

.....

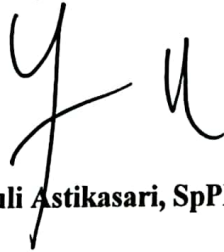
.....

.....

.....

Saya bertanda tangan dibawah ini menyatakan , bahwa berdasarkan pengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan adalah benar, sesuai dengan keadaan saat ini. Jika dikemudian hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, 25 Januari 2024



Dr. Yuli Astikasari, SpPD, FINASIM