

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISIAN

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS :

No : _____																	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR : dr. Annelin Kurniati, SpPD																	
2. JENIS KELAMIN: Perempuan																	
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Curup, 22 September 1976																	
4. ALAMAT : Jl. Anggrek Kelurahan Nusa Indah																	
5. KECAMATAN Ratu Agung KABUPATEN/KOTA Bengkulu KODEPOS 38224																	
6. PROPINSI: Bengkulu																	
7. NOMOR TELEPON/HP: 085352066622																	
8. ALAMAT E-MAIL : annelin.anas@gmail.com																	
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI: 49612																	
10. TANGGAL PENGISIAN	<table border="1"><tr><td>1</td><td>5</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">HARI</td><td colspan="2">BULAN</td><td colspan="4">TAHUN</td></tr></table>	1	5	0	1	2	0	2	0	HARI		BULAN		TAHUN			
1	5	0	1	2	0	2	0										
HARI		BULAN		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 dan Dokter Gigi Spesialis 3. Dokter Spesialis konsultan, sebutkan <u>Gastro Entero Hepatologi</u>	2	
B2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN 2. KLINIK/RUMAH SAKIT		
B3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	3. Tidak ✓		



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

N°	PERNYATAAN	JAWABAN			
2.1.	INFORMASI UMUM	YA	TIDAK		
	BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI				
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓			
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____				2019
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓			
2.2.	RAWAT PENYAKIT & DISABILITAS	YA	TIDAK		
	BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI				
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	YA	TIDAK		
	BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI				
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 :

Tidak sedang dalam pengobatan dan tidak ada disabilitas

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan, bahwa :

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.

Bengkulu, 20 Desember 2019



dr. Annelin Kurniati, Sp.PD