DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____

1 NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: Dr. RACHMEILDRIA Sp PD

2 JENIS KELAMIN: 1. Laki-laki (2.) Perempuan

3 TEMPAT/TANGGAL LAHIR: BALIGE / 06 MEI 1971

4 ALAMAT VILLA PARKIT Garden blok A/16

5 KECAMATAN PDG UTARA KABUPATEN/KOTA PADANG KODEPOS _____

6 PROPINSI: SUMBAR

7 NOMOR TELEPON/HP: 0812663 1724

8 ALAMAT E-MAIL: driarachmeil@gmail.com

9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI:

10. TANGGAL PENGISIAN..... 24 (TGL) 03 (BULAN) 2022 (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)

N°	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) (2.) Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan Peng.dlm 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) (2.) KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit 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) On call

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

N°	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? JULI 2021				
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 runah 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 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 menganggu 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

PADANG, tanggal 24 MARET 2022

n diatas meterai

RACHMEILDRIA

(Nama jelas)

SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL
(Untuk Persyaratan Surat Tanda Registrasi)

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

Nama (Pemohon) : Dr. RACHMEILDRIA SpPD

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis PENYAKIT DALAM
3. Dokter Spesialis Konsultan _____

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

Tempat PM, Tanggal 24 Bulan 03 Tahun 2022

(Nama Jelas : dr. EMIL MARTHA - Y)

SIP No. SDK. 392 / 73 / SIP-dr / 2020