



RUMAH SAKIT Dr. OEN KANDANG SAPI SOLO

Jl. Brigjend Katamso No.55
Surakarta 57128

Phone/Fax : (0271) 643139/(0271)
642026

Surat Keterangan Sehat

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : (2980) DR HANDOKO TEJO UTOMO
Tgl Lahir / Umur : 12-Feb-1984 /39 tahun Male
Pekerjaan : Dokter
Alamat : BANYU URIP NO. 314 RT 004/001 KUPANG KRAJAN SAWAHAN SURABAYA JAWA TIMUR

TB 170 cm BB 90 kg Buta Warna : Tidak Buta Warna

Pada pemeriksaan jasmani saat ini dalam keadaan sehat.

Surat keterangan ini akan dipergunakan :

syarat perpanjangan STR dan Sertifikat Kompetensi

Harap yang berkepentingan maklum.

Surakarta, 10-Aug-2023



Dokter Pemeriksa

dr. Isblanto Sutedjo, M.Sc. SpPD, FINASIM

FINASIM

SIP No. 33724.57128/DS/01/KS.23.01/0771/X/2022

Lampiran
Perkonsil No.9 Tahun 2012

**SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL
UNTUK DAPAT MELAKSANAKAN PRAKTIK KEDOKTERAN**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : dr. ISBIANTO KUTEDJO MSc . sp.PD.
NPA IDI : 1305.48236
SIP : 33724.57128/DS/01/KS.23.01/0771/x/2022
Jabatan : Dokter Pemeriksa Kesehatan di IDI Cabang Surabaya
(Surat Keputusan....., No.....)

Menerangkan bahwa dokter di bawah ini :

Nama : dr. HAMDOKO TEJO GOMO sp.PD
Umur : 39 thn
Alamat : JL. DAMPU URP 214A - 316 SURABAYA
Spesialisasi : DOKTER PENALI PIEMALIT DALAM

Hasil Pemeriksaan :

- ☒ Dapat melakukan praktik
- Dapat melakukan praktik bersyarat
 - Tidak dapat melakukan praktik

Tempat : RS Dr. DEN KANDASAPI SURABAYA
Tanggal : 10-08-2023



(Nama / tanda tangan)

NPA IDI 1305.48236 , SIP 33724.57128/DS/01/KS.23.01/0771/x/2022

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. HANDICO TEJO UTOMO, SpPD.

Kompetensi:

1. Dokter/Dokter Gigi

② Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis PENYAKIT DALAM

3. Dokter Spesialis Konsultan _____

Pada pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa:*)

- ① Sehat secara fisik dan mental untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi
2. Kondisi kesehatan fisik dan mental untuk sementara belum memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan
3. Kondisi kesehatan fisik dan mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

SOLO, 10 Agustus 2023.



No SIP. 33724-57128/01/01/KS.23.01/0771/X/2022

*) Lingkari salah satu

DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI
A. IDENTITAS

NO. REGISTRASI KKI : <u>7111401319105802</u>	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR : <u>dr. HANDOKO TEJO UOMO, sp.PD</u>	
2. JENIS KELAMIN : <input checked="" type="radio"/> 1. Laki-laki <input type="radio"/> 2. Perempuan	
3. TEMPAT, TANGGAL LAHIR : <u>SURABAYA . 12 FEBRUARI 1984</u>	
4. ALAMAT : <u>PAHYU URIP 314 A - 316</u>	
5. KECAMATAN <u>SAWAHAN</u> KAB/KOTA <u>SURABAYA</u> KODEPOS <u>60253</u>	
6. PROPINSI <u>JAWA TIMUR</u> 	
7. NOMOR TELEPON/HP : <u>081331 974 265</u>	
8. EMAIL : <u>htejo.uomo@gmail.com</u>	
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI : <u>107429</u>	
10. TANGGAL PENGISIAN : 1 0 0 8 2 0 2 3	
TGL 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
(DAPAT MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="radio"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>PENYAKIT DALAM</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN (di rumah/di luar rumah) <input checked="" type="radio"/> 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, daerah sulit, dll), jelaskan _____
B.3	Apakah ada shift / jaga malam / rotasi	<input checked="" type="radio"/> 1. Ya 2. Kadang-kadang/tidak teratur 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1	<u>INFORMASI UMUM</u> beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai		
2.1.1	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?	✓	
2.1.2	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? <u>2023</u>		
2.1.3	Apakah Anda dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓	
2.2	<u>RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS</u> 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: <u>COVID-19</u> tahun <u>2021</u> _____ 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 keterampilan 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	<u>RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS</u> 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:

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 kemudia hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku

SOLO 10 - 8 - 2023



dr. HANDIKO TESO UTOMO, S.P.D.

(Nama jelas)