



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. GIGIH RAHMANDANU POERNOMO

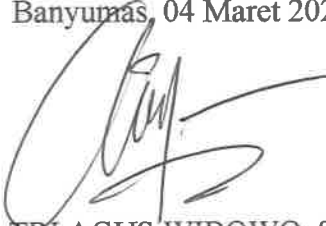
Kompetensi :

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

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

Banyumas, 04 Maret 2022


dr. TRI AGUS WIBOWO, Sp.PD

SIP No. 3302/5319/01/449.1/00191/DS/P/195/XII/2019



DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI:																		
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: dr. GIGIH RAHMANDANU POERNOMO, Sp.PD																	
2	JENIS KELAMIN: <input checked="" type="checkbox"/> 1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan																	
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: KUDUS / 30 MEI 1985																	
4	ALAMAT PERUMAHAN BUMI ARCA INDAH BLOK 1 NO 4.B RT 001 RW 012 ARCAWINANGUN																	
5	KECAMATAN PURWOKERTO TIMUR	KABUPATEN/KOTA BANYUMAS KODEPOS 																
6	PROPINSI: JAWA TENGAH																	
7	NOMOR TELEPON/HP: 	082328010414																
8	ALAMAT E-MAIL: dr.gigih@gmail.com																	
9	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: 101302																	
10	TANGGAL PENGISIAN	<table><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>3</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td colspan="2">TGL</td><td colspan="2">BULAN</td><td colspan="4">TAHUN</td></tr></table>	0	2	0	3	2	0	2	2	TGL		BULAN		TAHUN			
0	2	0	3	2	0	2	2											
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:
(BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

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

G. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN	
2.1.	INFORMASI UMUM: BERI TANDA (J) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK
2.1.1.	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2.	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? 2020		
2.1.3.	Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS BERI TANDA (√) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA,	TIDAK
2.2.1	Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2.	Jika ya, jelaskan untuk penyakit apa saja Anda dirawat:		
	<input type="text"/> tahun <input type="text"/>		
	<input type="text"/> tahun <input type="text"/>		
	<input type="text"/> tahun <input type="text"/>		
	<input type="text"/> tahun <input type="text"/>		
2.2.3.	Apakah saat ini Anda mempunyai suatu disabilitas (ketidakmampuan tertentu dalam bekerja ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.4	Apakah disabilitas tersebut tidak dapat dikoreksi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.5	Apakah disabilitas tersebut mengganggu pelayanan medis yang anda berikan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.6	Jika ada disabilitas, jelaskan :		
	Gangguan kekuatan fisik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gangguan ketrampilan motorik (tremor, kelemahan otot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gangguan penglihatan berat (tidak dapat membaca font 12 tanpa loop)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gangguan memori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gangguan Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN BERI TANDA (√) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK
2.3.1	Apakah Anda saat ini sedang menjalani pengobatan ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.3.2	Jika ya, jelaskan pengobatan apa <input type="text"/>		
2.3.3	Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.3.4	Apakah Anda suka mengonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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

BANYUMAS, tanggal 02 MARET 2022



dr. GIGIH RAHMANDANU POERNOMO, Sp.PD
(Nama jelas)