

**DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI**

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. SASONGKO HADI PURNOMO sp PD</u>
2	JENIS KELAMIN: ☒ 1. Laki-laki ☐ 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>SURABAYA / 01-06-1969</u>
4	ALAMAT <u>GAMBIRAN UH 5 / no 353</u>
5	KECAMATAN <u>UMBULHARJO</u> KABUPATEN/KOTA <u>YOGYA</u> KODEPOS <u>55161</u>
6	PROPINSI: <u>D.I. YOGYAKARTA</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>081392653515</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>sasongkohadipurnomo@yahoo.com / sasongkohadipurnomo353@gmail.com</u>
9	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: <u>1904.44805</u>
10	TANGGAL PENGISIAN: 06 08 2019 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)

N°	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) ☒ 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis; sebutkan <u>P. DALAM</u> 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) _____

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

Nº	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? <u>2019</u>				
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 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 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 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 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

Kotabaru _____, tanggal 06 Agustus 2019



dr SASONGKO HADI PURNOMO SpPD
(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 SASONGKO HADI PURNOMO SPPD

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/~~Dokter Gigi Spesialis~~ P. 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 Kotabaru Tanggal 06 Bulan 08 Tahun 2019

(Nama Jelas : dr. Djoko santoso)

SIP No. 445/055/IP-YANKES/DINKES/XII/2016



KEMENDIKBUD
SAMA PERAKAT DALAM

FORM PENDAFTARAN RESERTIFIKASI KOMPETENSI

FORM B

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

S A S O N G K O H A D I P U R N O M O

2 No. Anggota PAPDI

3 Tempat Lahir

Kota/Kabupaten

S U R A K A R T A

Propinsi

J A N A T E N G A H

4 Tanggal lahir

01 - 06 - 1969

Tgl.

Bln

Tahun

5 Jenis kelamin

1. Laki-laki ☒ 2. Perempuan ☐

6 Alamat Rumah : Jalan

G A M B I R A N U H 5 N O 3 5 3

RT 043 RW 011

Kelurahan P A N D E Y A N

Kecamatan U M B U L H A R J O

Kabupaten/Kota Y O G Y A K A R T A

Propinsi D. I. Y O G Y A K A R T A

Kodepos 5 5 1 6 1

7 Alamat korespondensi : Jalan

G A M B I R A N U H 5 N O 3 5 3

RT 043 RW 011

Kelurahan P A N D E Y A N

Kecamatan U M B U L H A R J O

Kabupaten/Kota Y O G Y A K A R T A

Propinsi D. I. Y O G Y A K A R T A

Kodepos 5 5 1 6 1

8 No. Tlp/Fax/ Email

Tlp. Rumah

Tlp. Korespondensi

Nomor Hp

No. Faksimili

E-mail

9 SpPD/SpPD, K-

10 Kompetensi

11 No. Sertifikat Kompetensi

12 Tgl. Sertifikat Kompetensi

11 Biaya penilaian disetor ke rekening KIPD nomor 122-00-0408012-6 Bank Mandiri Cabang RSCM dengan cara

Kode area

No. Telepon

Kode area

No. Telepon

Kode area

No. Fax

sasongkohadipurnomo@yahoo.com

1. SpPD ☒

2. SpPD, K- ☐

PENYAKIT DALAM

2124-1/CPD/IV/2018

03 - 04 - 2018

Tgl.

Bln

Tahun

☐

disetor melalui Bank Mandiri Cabang

☒

ditransfer melalui Bank Mandiri Cab PSCM 122 00 0408012-6

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir.

keotabary - 12-Agustus 2019

Kami yang membuat pernyataan



Dr. SASONGKO HADIPURNOMO MSc SpPD

tulis nama lengkap dan gelar

Formulir 1b

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. SASONGKO HADIPURNOMO MSc. SpPD
N I P / ~~NRP~~ ~~NRPPT~~ : 19690601 200012 1 006
Tempat & Tgl. Lahir : SURAKARTA 01-06-1969
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : GADJAH MADA
Tgl. Lulus : 25-04-2012
Nomor Ijazah : NRM : 06/2275/IV-SP/00336
Kompetensi : PENYAKIT DALAM
Alamat Rumah : RUMAH DINAS RSUD PJS - KOTABARU - KALSEL
Tempat Kerja : RSUD P. JAYA SUMITRA - KOTABARU - KAL-SEL

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

KOTABARU - 12 - AGUSTUS - 2019

(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



dr. SASONGKO HADIPURNOMO MSc SpPD
(nama lengkap yang membuat pernyataan)

FORMULIR PENDAFTARAN REGISTRASI ULANG

FORM 1c

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

S A S O N G K O H A D I P U R N O M O
 3 4 7 1 1 3 0 1 0 6 6 9 0 0 0 8

2 No. KTP

3 Nomor Registrasi

4 Tempat Lahir
Provinsi

J A W A T E N G A H
 S U R A K A R T A

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

5 Tanggal Lahir

0 1 - 0 6 - 1 9 6 9

Tgl Bln Tahun

6 Jenis Kelamin

1. Pria ☒ 2. Wanita ☐

7 Alamat Rumah : Jalan

G A M B I R A N U H 5 N O 3 5 3

Provinsi D A E R A H I S T I M E W A
 Y O G Y A K A R T A

Kabupaten/Kota Y O G Y A K A R T A
 (Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan U M B U L H A R J O

Kelurahan P A N D E Y A N

RT 0 4 3 RW 0 1 7

Kode Pos 5 5 1 6 1

8 Alamat Korespondensi : Jalan

G A M B I R A N U H 5 N O 3 5 3

Provinsi D A E R A H I S T I M E W A
 Y O G Y A K A R T A

Kabupaten/Kota Y O G Y A K A R T A
 (Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan U M B U L H A R J O

Kelurahan P A N D E Y A N

RT 0 4 3 RW 0 1 7

Kode Pos 5 5 1 6 1

9 Nama Tempat Bekerja

R S U D P A N G E R A N J A Y A S U M I T R A

Alamat Tempat Bekerja

J L * B R I G J E N H A S A N B A S R I
 N O 5 7

Provinsi K A L I M A N T A N S E L A T A N

Kabupaten/Kota K O T A B A R U
 (Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

10 Nama Tempat Praktik 1

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 2

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 3

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

11 Nomor Telepon/Fax/E-Mail

Telepon Rumah

Kode area No. Telepon

Telepon Kantor

Kode area No. Telepon

Nomor HP

Kode area No. Faksimil

Nomor Faksimil

Kode area No. Faksimil

E-Mail

sasongko.hadipurnomo@yahoo.com

12 Ijazah

☐ Dokter ☒ Dokter Spesialis ☐ Dokter Gigi ☐ Dokter Gigi Spesialis

Nomor Ijazah

NRM: 06/2275/1V-SP/00336

Tanggal Ijazah

25 04 2012
Tgl Bin Tahun

Nama Universitas

UNIVERSITAS
GADJAH MADA

Data diisi oleh Petugas Kolegium

13 Kompetensi

14 No Sertifikat Kompetensi

15 Tgl Sertifikat Kompetensi

Tgl. Bin Tahun

16 Biaya Registrasi disetor ke Rekening KKI nomor 93.20.5556 Bank BNI Cabang Melawai Raya Kebayoran Baru Jakarta Selatan sebesar Rp. 250.000,- (dua ratus lima puluh ribu rupiah)

☐ disetor melalui Bank BNI cabang

☐ di transfer melalui Bank BNI cab. Melawai Raya 93.20.5556

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir

KOTABARU, Tanggal 12-AGUSTUS 2019
Yang membuat pernyataan

(SASONGKO HADIPURNOMO)
tulis nama lengkap dan gelar