

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|----|----|----|----|----|------|-------|-------|--|
| NO.: | | | | | | | | | | | |
| 1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. LOLA GIWAWATI , SPPD, FIMASIM</u> 2. JENIS KELAMIN: 1. Laki-laki <input checked="" type="checkbox"/> 2. Perempuan 3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>PARGICAL PINANG / 13 MEI 1975</u> 4. ALAMAT <u>COMPLEKS ISLAMIC VILLAGE JL. ZAITUN I NO. B3/22</u> 5. KECAMATAN <u>KELAYA DUA</u> KABUPATEN/KOTA <u>TANGERANG</u> KODEPOS <u>15810</u> 6. PROPINSI: <u>BANTEN</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. NOMOR TELEPON/HP: <u>081251717174</u> 8. ALAMAT E-MAIL: <u>lolasuwando@koto@gmail.com</u> 9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI: <u>59221</u> 10. TANGGAL PENGISIAN <table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">09</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">20</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">23</td></tr><tr><td style="font-size: small; text-align: center;">HARI</td><td style="font-size: small; text-align: center;">BULAN</td><td colspan="2" style="font-size: small; text-align: center;">TAHUN</td></tr></table> | | | | 09 | 03 | 20 | 23 | HARI | BULAN | TAHUN | |
| 09 | 03 | 20 | 23 | | | | | | | | |
| HARI | 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 MELINKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

| Nº | PERTANYAAN | JAWABAN |
|-----|------------------------------------|---|
| B.1 | Jenis Praktik yang dilakukan | 1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dokter Spesialis/ Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>PENYAHIT DALAM</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____ |
| B.2 | Jenis Tempat Praktik? | 1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada) |