

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO.:	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. LOLA GIRAWATI, SPD, FIMASIM</u>
2	JENIS KELAMIN: 1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan <input checked="" type="checkbox"/>
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>PANGKALPINANG / 13 MEI 1975</u>
4	ALAMAT <u>COMPLEX ISLAMIC VILLAGE JL. ZAITUN I NO. 88/22</u>
5	KECAMATAN <u>KELAPA DUA</u> KABUPATEN/KOTA <u>TANGERANG</u> KODEPOS <u>15810</u>
6	PROPINSI: <u>BAKTEM</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>08125171774</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>lolasuwandoko@gmail.com</u>
9	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: <u>59221</u>
10	TANGGAL PENGISIAN
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">09</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">03</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2023</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> HARI BULAN TAHUN </div>

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 Praktik yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>PENYAKIT 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)