

Lampiran 9 :

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. :									
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR:	dr. ALFANI SPPD.								
2. JENIS KELAMIN:	1. Laki-laki ☒ 2. Perempuan ☐								
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	LUYUK PAKAM. 24/Juni 1961								
4. ALAMAT	744 Dc. MOHAMMAD HATTA NO 4								
5. KECAMATAN	ARABAHKUR KABUPATEN/KOTA B.U. KODEPOS 38614								
6. PROPINSI:	Bengkulu								
7. NOMOR TELEPON/HP:	0821 745 5567								
8. ALAMAT E-MAIL:	dralfan59@gmail.com								
9. NO. ANGGOTA ID/PGI:	0801 55538								
10. TANGGAL PENGISIAN	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HARI</td> <td>BULAN</td> <td colspan="2">TAHUN</td> </tr> </table>					HARI	BULAN	TAHUN	
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 MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktik yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 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) 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)



KONSIL KEDOKTERAN
INDONESIA

A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1.	INFORMASI UMUM BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI		
2.1.1.	Apakah Anda secara pribadi memerlukan bantuan?	✓	
2.1.2.	Tahun berapa Anda terakhir menerima pemeriksaan kesehatan?		
2.1.3.	Apakah Anda dapat melakukan aktivitas 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 sehari-hari)?		✓
2.2.4.	Apakah disabilitas tersebut tidak dapat dikoreksi?		
2.2.5.	Apakah disabilitas tersebut mengganggu pelaksanaan kerja yang anda lakukan?		
2.2.6.	Jika ada disabilitas, jelaskan: Gangguan keastasia fisik Gangguan keseimbangan motorik (tremor, kramspasme, dll) Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal Gangguan penglihatan berat (tidak dapat membaca lebih 12 tanpa alat) 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 juga mengonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOTIKA?		✓



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. ALTIAN SPPD.

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 dokteran/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 AGAM MAJUMUR, Tanggal 22 Bulan 11 Tahun 2022


(Nama Jelas : dr. CHAD IJA.)
SIP No. 503/20/SIPD/IV/DPMP TSP/2022