

SURAT PERNYATAAN

Yang beranda tangan dibawah ini :

Nama : Dn. DAIDHUG BASKORO Nugroho S.Pd.
NIP/NRP/NRPTT : 19720209 200212 1 001
Tempat & Tgl. Lahir : 10 Oktusrik. 9-2-1972
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : UNIVERSITAS SAM RATULANGI
Tgl. Lulus : 10 - 12 - 2008
Nomor Ijazah : 081413002
Kompetensi : SPESIALIS PENYAKIT DALAM
Alamat Rumah : PERUM PEMDA, Komp. JL-PELITA RAYA.
Tempat Kerja : RSUD JARAGA SASAWEH.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

BONTOK, 24-11-2018

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

Yang membuat pernyataan



mj

DANANG BASKORO NUGROHO S.PD

(nama lengkap yang membuat pernyataan)

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) : Dn. DADANG BASKORO NUGROHO, Sp.PD

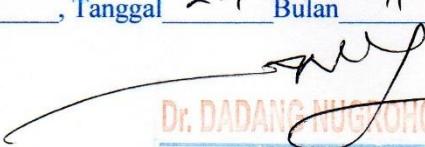
Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis PENYAKIT 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

Bmtok.
Tempat _____, Tanggal 24 Bulan 11 Tahun 2018


Dr. DADANG NUGROHO, SpPD

Spesialis Penyakit Dalam

(Nama Jelas : _____)

SIP No. 273/SDMK-SPPD/1/00-2014.

DAFTAR ISIAN
UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____		
1 NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>Dn. DADANG BASKORO IVUGROHO, SPPID</u>		
2 JENIS KELAMIN: <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
3 TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>NGANDUK, 9-2-1972</u>		
4 ALAMAT <u>JL. PELITA RAYA, KOMPLEK PERUM PEMDA</u>		
5 KECAMATAN <u>DUSUN SELATAN</u> KABUPATEN/KOTA BARSEL KODEPOS _____		
6 PROPINSI: <u>KALIMANTAN TENGAH</u>		
7 NOMOR TELEPON/HP: <u>081244523315</u>		
8 ALAMAT E-MAIL: <u>nugroho.baskoro.dadang@gmail.com</u>		
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI: <u>44266</u>		
10. TANGGAL PENGISIAN: <small>TGL BULAN TAHUN</small>		
24 11 2010		

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	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>INTERNA</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	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)

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>2018</u>	
2.1.3.	Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓
2.2	RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS BERI TANDA (v) 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: <u>VERTIGO</u> tahun <u>2018</u> _____ _____ _____ _____	
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 (v) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA TIDAK
2.3.1	Apakah Anda saat ini sedang menjalani pengobatan?	✓
2.3.2	Jika ya, jelaskan pengobatan apa <u>HIPERTENSI</u>	
2.3.3	Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda?	✓
2.3.4	Apakah Anda suka mengkonsumsi 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 :

Saat ini saya mendekataki pertama dan suatu
minnum okat secara tenang setiap hari

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

PUNTOK , tanggal 24-11-10.



(Nama jelas)