

RESUME

Jika anda dalam sedang pengobatan atau ada disabilitas, mohon beri keterangan singkat mengenai kondisi anda pada baris dibawah ini :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Saya bertanda tangan dibawah ini menyatakan , bahwa berdasarkan pengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan adalah benar, sesuai dengan keadaan saat ini. Jika dikemudian hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, 04-07-2023

A handwritten signature in black ink is written over a yellow 10000 Rupiah stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'SERUPAN RIBU RUPIAH', '10000', 'METERAI', 'TEPEL', and the serial number '0747FAJX735295313'.

Dr. A Khalik R Muhibat, SpPD, FINASIM



A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

N°	PERNYATAAN	JAWABAN			
2.1.	INFORMASI UMUM				
	BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK		
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓			
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____				2023
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓			
2.2.	RAWAT 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 sesuatu 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 motoric (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 mengkonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?		✓		

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISIAN

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS :

No : _____					
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR :Dr. A Khalik R Muhibat, SpPD, FINASIM					
2. JENIS KELAMIN: Laki-Laki					
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Curup, 09-11-1967					
4. ALAMAT : Jl. Juanda No. 58 Rt. 09 Rw.03 kel. Air putih lama					
5. KECAMATAN Curup KABUPATEN/KOTA Rejang Lebong KODEPOS 39112					
6. PROVINSI: Bengkulu					
7. NOMOR TELEPON/HP: 0811730041					
8. ALAMAT E-MAIL :alekmuhibat@yahoo.com					
9. NO. ANGGOTA IDI/PAPDI: 0601.35595/135.2008.0007.03160					
10. TANGGAL PENGISIAN					
0 4		0 7		2 0 2 3	
HARI		BULAN		TAHUN	

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK:

(BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

NO	PERTANYAAN	JAWABAN
B1	Jenis praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter, Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam
B2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN 2. KLINIK
B3	Apakah ada shiftjaga malam/rotasi	3. Tidak ✓