

PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



DAFTAR ISIAN

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS :

No :		
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR :Dr. Ester Morina Silalahi, SpPD		
2. JENIS KELAMIN: Perempuan		
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : MEDAN, 22 Oktober 1977		
4. ALAMAT : SIDO DADI		
5. KECAMATAN: Penarik KABUPATEN/KOTA: Muko Muko		
6. PROPONSI: Bengkulu		
7. NOMOR TELEPON/HP: 082375118198		
8. ALAMAT E-MAIL : silalahiester70@yahoo.com		
9. NO. ANGGOTA PAPDI:135.2014.0014.04061		
2 7	0 5	2 0 2 4
HARI	BULAN	TAHUN
10. TANGGAL PENGISIAN		

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 shift jaga malam/rotasi	3. Tidak ✓



A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

N°	PERNYATAAN	JAWABAN		
		YA	TIDAK	
2.1.	INFORMASI UMUM			
	BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI			
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓		
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____			2024
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			
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			
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?		✓	

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, 27 Mei 2024



Dr. Ester Morina Silalahi, SpPD, FINASIM