

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. Dewi Mira Ratih, CFPD, FINASIM				
2. JENIS KELAMIN:	1. Laki-laki <input type="radio"/> 2. Perempuan <input checked="" type="radio"/>				
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	JAKARTA <input checked="" type="radio"/> 05-08-1977				
4. ALAMAT:	cluster Eldora, Suvarna Sutera, Jl. Eldora 5/27.				
5. KECAMATAN:	Sindang Jaya	KABUPATEN/KOTA:	Tangerang	KODEPOS:	15560
6. PROPINSI:	Banten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
7. NOMOR TELEPON/HP:	087878702795				
8. ALAMAT E-MAIL:	dmratih@gmail.com				
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI:	60130				
10. TANGGAL PENGISIAN	02	02	20	23	TAHUN
	HARI	BULAN			

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 MELINKARI 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>IPD</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)