



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. RIA ANGGORO

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis PENYAKIT DALAM
3. Dokter Spesialis Konsultan

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

Banyumas, 03 Maret 2021



dr. Gigih Rahmandanu Poernomo, SpPD, M.Kes
SIP No. 3302/53192/01/449.1/DS/1401/B/13/V2018



DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI:																					
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR:	dr. RIA ANGGORO, SpPD																			
2	JENIS KELAMIN:	☒ 1. Laki-laki ☐ 2. Perempuan																			
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	Jakarta / 03 Maret 1963																			
4	ALAMAT	Arcawinangun No 19 A RT 001 RW 010 Purwokerto Wetan																			
5	KECAMATAN	Purwokerto Timur	KABUPATEN/KOTA	Banyumas	KODEPOS																
6	PROPINSI:	Jawa Tengah																			
7	NOMOR TELEPON/HP:		08127170032																		
8	ALAMAT E-MAIL:	riaanggoro0303@gmail.com																			
9	NO. ANGGOTA IDI/PDGI:	1306.25568																			
10	TANGGAL PENGISIAN		<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td>TGL</td><td></td></tr></table>	0	1	TGL		<table border="1"><tr><td>0</td><td>3</td></tr><tr><td>BULAN</td><td></td></tr></table>	0	3	BULAN		<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>TAHUN</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	2	0	2	1	TAHUN			
0	1																				
TGL																					
0	3																				
BULAN																					
2	0	2	1																		
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 Praktek yang dilakukan	<table border="1"><tr><td>☐ 1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi)</td><td></td></tr><tr><td>☒ 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan</td><td>penyakit dalam</td></tr><tr><td>☐ 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan</td><td></td></tr></table>	☐ 1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi)		☒ 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan	penyakit dalam	☐ 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan			
☐ 1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi)										
☒ 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan	penyakit dalam									
☐ 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan										
B.2	Jenis Tempat Praktek?	<table border="1"><tr><td>☐ 1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah)</td><td></td></tr><tr><td>☒ 2. KLINIK/RUMAH SAKIT</td><td></td></tr><tr><td>☐ 3. PERUSAHAAN</td><td></td></tr><tr><td>☐ 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll). Jelaskan</td><td></td></tr></table>	☐ 1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah)		☒ 2. KLINIK/RUMAH SAKIT		☐ 3. PERUSAHAAN		☐ 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll). Jelaskan	
☐ 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	<table border="1"><tr><td>☐ 1. Ya</td><td></td></tr><tr><td>☐ 2. Kadang-kadang/Tidak teratur</td><td></td></tr><tr><td>☒ 3. Tidak</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)</td></tr></table>	☐ 1. Ya		☐ 2. Kadang-kadang/Tidak teratur		☒ 3. Tidak		Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)	
☐ 1. Ya										
☐ 2. Kadang-kadang/Tidak teratur										
☒ 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?		
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 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 (✓) 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 mengonsumsi 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 :

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

	, tanggal	01 Maret 2021
ditas meterai		
ORO, SpPD jelas)		