

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Nani Zaitun SP.PD
N I P/NRP/NRPTT : 147707282005012011
Tempat & Tgl. Lahir : Banjarmasin 28-JULI-1977
Status Kepegawaian : PNS
Perguruan Tinggi : UIN AR-RANIRAS BAWISAYA
Tgl. Lulus : 24 September 2013
Nomor Izazah : 456/UB/SP1/2013
Kompetensi : Spesialis Pengkaji Dalam
Alamat Rumah : Jl. Mandastana 11/6 Simpang Gatot Subrata VIII
Banjarmasin
Tempat Kerja : RSUD Ulin Jl. Ayani

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Banjarmasin 10 - Desember - 2013
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



dr. Nani Zaitun. SP.PD
(nama lengkap yang membuat pernyataan)

DAFTAR ISIAN UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>dr. Nani Zaitun, SpPD</u>
2	JENIS KELAMIN: 1. Laki-laki 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>BANJAR MASIN 28-07-1977</u>
4	ALAMAT <u>JL. MAUDASTAMA 1/16 SIMP. GATUT SURBOTO VII RT/RW: 032/002</u>
5	KECAMATAN <u>BANJARMASIN TIMUR</u> KABUPATEN/KOTA _____ KODEPOS _____
6	PROPINSI: <u>KALIMANTAN SELATAN</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>0812-5072-0505</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>Nani.Fani.ama.ara@gmail.com</u>
9	NO. ANGGOTA IDI/PDGI: _____
10	TANGGAL PENGISIAN _____

1

0

TGL

1

2

BULAN

2

0

1

8

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	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>PERUKUT RUMAH</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktek?	1. PERORANGAN (di rumah/di luar rumah) 2. <u>KLINIK/RUMAH SAKIT</u> 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) _____

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 (✓) 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 media 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

Banyuwangi, tanggal 10-Desember 2018



d. Nani Zantun SP.PD
(Nama jelas)

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. Nani Zaitun, SpPD

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

Tempat PJM Tanggal 10 Bulan 10 Tahun 2010

(Nama Jelas : dr. Maldi Muzada Elfa, SpPD)

SIP No. SIP. 503/186/P.Izin/PO.Sp/VL.17/Diskes



KEMENKES
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIC OF INDONESIA

FORM PENDAFTARAN RESERTIFIKASI KOMPETENSI

FORM B

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

N A N I Z A I T U N
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

2 No. Anggota PAPDI

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 Tempat Lahir

Kota/Kabupaten

B A N J A R M A S I N

Propinsi

K A L I M A N T A N S E L A T A N

4 Tanggal lahir

9 8 - 0 7 - 1 9 7 7

Tgl.

Bln

Tahun

5 Jenis kelamin

1. Laki-laki

☐

2. Perempuan

☒

6 Alamat Rumah : Jalan

M A N D A S T A N A I / I G S I M P A

RT

0 3 2

RW

0 0 2

Kelurahan

K U R I P A N

Kecamatan

B A N J A R M A S I N T I M U R

Kabupaten/Kota

B A N J A R

Propinsi

K A L I M A N T A N S E L A T A N

Kodepos

[] [] [] [] [] []

7 Alamat korespondensi : Jalan

M A N D A S T A N A I / I G S I M P A

RT

0 3 2

RW

0 0 2

Kelurahan

K U R I P A N

Kecamatan

B A N J A R M A S I N T I M U R

Kabupaten/Kota

B A N J A R M A S I N

Propinsi

K A L I M A N T A N S E L A T A N

Kodepos

[] [] [] [] [] []

8 No. Tlp/Fax/ Email

--	--	--	--

Kode area

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. Telepon

Tlp. Rumah

Tlp. Korespondensi

--	--	--	--

Kode area

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. Telepon

Nomor Hp

0	8	1	8	5	0	7	2	0	5	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

No. Faksimili

--	--	--	--

Kode area

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. Fax

E-mail

n	a	n	i	.	f	a	n	i	.	a	m	a	t	.	a	r	a
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9 SpPD/SpPD, K-

1. SpPD

☒

2. SpPD, K-

☐

10 Kompetensi

s	p	e	s	i	a	l	i	s	p	e	n	y	a	k	i	t		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

d	a	i	a	m													
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11 No. Sertifikat Kompetensi

2	4	0	0	/	s	t	/	2	7	/	1	x	2	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

12 Tgl. Sertifikat Kompetensi

2	4
---	---

Tgl.

0	9
---	---

Bln

2	0	1	3
---	---	---	---

Tahun

11 Biaya penilaian disetor ke rekening KIPD nomor 122-00-0408012-6 Bank Mandiri Cabang RSCM

dengan cara

☐

disetor melalui Bank Mandiri Cabang

☐

ditransfer melalui Bank

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir.

Kami yang membuat pernyataan

(dr. Nani Zaitun SpPD)

tulis nama lengkap dan gelar

FORMULIR PENDAFTARAN REGISTRASI ULANG

FORM 1c

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

MANIZAITUN

2 No. KTP

6371026807770003

3 Nomor Registrasi

4 Tempat Lahir
Provinsi

BANJARMASIN

KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

BANJARE

5 Tanggal Lahir

20 - 07 - 1977

Tgl Bin Tahun

6 Jenis Kelamin

1. Pria ☐ 2. Wanita ☒

7 Alamat Rumah : Jalan

MANDASTANAI/1/6SIMPONGTOTSUB

LOTOTV111RTRW032002

Provinsi KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota BANJARMASIN

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan BANJARMASINTIMUR

Kelurahan KURIPAN

RT 032 RW 002

Kode Pos

8 Alamat Korespondensi : Jalan

MANDASTANAI/1/6SIMPONGTOTSUB

LOTOTV111RTRW032002

Provinsi KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota BANJARMASIN

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan BANJARMASINTIMUR

Kelurahan KURIPAN

RT 032 RW 002

Kode Pos

9 Nama Tempat Bekerja

RS. UDULIN

Alamat Tempat Bekerja

JL. AYAMI

Provinsi KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota BANJARMASIN

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

10 Nama Tempat Praktik 1

E S U D U L I K I

Alamat

J L A Y A N I

Provinsi

E A L I M A N T A N S E L A T A N

Kabupaten/Kota
(Isi Kabupaten/Kota yang telah dipilih)

B A N J A R M A S I N

Nama Tempat Praktik 2

E S D A V A N G E A R A

Alamat

J L A Y A N I

Provinsi

E A L I M A N T A N S E L A T A N

Kabupaten/Kota
(Isi Kabupaten/Kota yang telah dipilih)

B A N J A R M A S I N

Nama Tempat Praktik 3

R I S T I P I

Alamat

R I O T O N G S

Provinsi

E A L I M A N T A N S E L A T A N

Kabupaten/Kota
(Isi Kabupaten/Kota yang telah dipilih)

B A N J A R M A S I N

11 Nomor Telepon/Fax/E-Mail

Telepon Rumah

Kode area No. Telepon

Telepon Kantor

Kode area No. Telepon

Nomor HP

Kode area No. Telepon

Nomor Faksimil

Kode area No. Faksimil

E-Mail

M A R I L F A N I . A M A T . B I T A @ G M A I L . C O M

12 Ijazah

☐ Dokter ☒ Dokter Spesialis ☐ Dokter Gigi ☐ Dokter Gigi Spesialis

Nomor Ijazah

4 5 6 7 8 9 1 0 1 1 1 2 1 3

Tanggal Ijazah

Tg. Bln. Tahun

Nama Universitas

B R I A W I J A Y A

13 Kompetensi

14 No Sertifikat Kompetensi

15 Tgl Sertifikat Kompetensi

Tg. Bln. Tahun

16 Biaya Registrasi dokter ke Rekening KRI nomor 03.20.5550 Bank BNI Cabang Mawar Raya Kebayoran Baru Jakarta Selatan sebesar Rp. 250.000,- (dua ratus lima puluh ribu rupiah)

☐ Dokter melalui Bank BNI cabang

☐ Di transfer melalui Bank

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas pernyataan terlampir

Tanggal
Yang membuat pernyataan

(Signature)
D. Nani Zaitun SPPD
tulis nama lengkap dan gelar