

## PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



KONSIL KEDOKTERAN  
INDONESIA

### DAFTAR ISIAN

#### UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

##### A. IDENTITAS :

No : _____												
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR :dr. H. Achmad Boediono, SpPD												
2. JENIS KELAMIN: LAKI-LAKI												
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR : PROBOLINGGO, 25 NOVEMBER 1945												
4. ALAMAT : JI. ROKAN KIRI NO. 2												
5. KECAMATAN : GADING CEMPAKA KABUPATEN/KOTA BENGKULU KODE POS 38225												
6. PROPINSI: BENGKULU												
7. NOMOR TELEPON/HP: 0811731106												
8. ALAMAT E-MAIL : achmad.boediono@gmail.com												
9. NO. ANGGOTA IDI/PAPDI:08010408425/109,1989.0012.00644												
10. TANGGAL PENGISIAN												
0		1		0		1		2		0	2	1
HARI				BULAN				TAHUN				

##### B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK:

(BISA MELINKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

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



--	--	--	--

#### A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

Nº	PERNYATAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1.	<b>INFORMASI UMUM</b>  <b>BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI</b>		
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓	
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____		2020
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓	
2.2.	<b>RAWAT PENYAKIT &amp; DISABILITAS</b>  <b>BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI</b>	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.	<b>RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN</b>  <b>BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI</b>	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?		✓

## **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, 01 Januari 2021



**dr. H. Achmad Boediono, Sp.PD**