

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 : Jl. ROKAN KIRI NO. 2	
5. KECAMATAN : GADING CEMPAKA KABUPATEN/KOTA BENGKULU KODE POS 38225	
6. PROPINSI: BENGKULU	
7. NOMOR TELEPON/HP: 0811731106	<div></div>
8. ALAMAT E-MAIL : achmad.boediono@gmail.com	
9. NO. ANGGOTA IDI/PAPDI:08010408425/109.1989.0012.00644	
10. TANGGAL PENGISIAN	<div><div>0101</div><div>2021</div><div>HARI BULAN TAHUN</div></div>

B. KETERANGAN TEMPAT DAN JENIS PRAKTEK:

(BISA MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

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



A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN

N°	PERNYATAAN	JAWABAN			
2.1.	INFORMASI UMUM	YA	TIDAK		
	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? _____				2020
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	√			
2.2.	RAWAT PENYAKIT & DISABILITAS	YA	TIDAK		
	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.	ApakahsaatiniAndamempunyaaisuatudisabilitas (ketidakmampuantertentudalambekerja?)		√		
2.2.4.	Apakahdisabilitastersebuttidakdapatdikoreksi?				
2.2.5.	Apakahdisabilitastersebutmengganggupelayananmedis yang anda berikan?				
2.2.6.	Jikaadadisabilitas, jelaskan:				
	Gangguan kekuatan fisik				
	Gangguan ketrampilan motoric (tremor, kelemahan otot)				
	Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal				
	Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal				
	Gangguanpenglihatanberat (tidakdapatmembacaformt 12 tanpa loop)				
	Gangguan memori				
	Gangguan mental				
2.3.	RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN	YA	TIDAK		
	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 mengonsumsi 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 :

.....

.....

.....

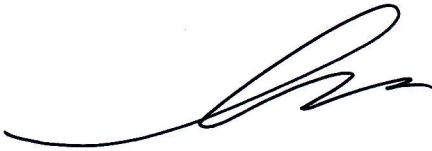
.....

.....

.....

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