

A. IDENTITAS: MENGENAL KESEHATAN

Mohon setiap pertanyaan di bawah ini diberi jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya. Setelah selesai diisi, periksa kembali agar tidak ada yang dikosongkan.

No	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>Penyakit Infeksi</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktek?	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)

C INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

No	PERTANYAAN	JAWABAN			
		YA	TIDAK		
2.1	INFORMASI UMUM: BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI				
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:				
	<u>Dengue fever</u> tahun <u>2018</u>				
	_____ 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?		✓		

SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL

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

Banjarmasin, tanggal 03 November 2018



dr. Suhastinah, SpPD

(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. Suhastinah Sp. PD

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 _____, Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____

(Nama Jelas : dr. Meldy Mazada Elfa, SpPD)

SIP. 503/186/P.Izn/IPD.Sp/Vi.17/Diskes

SIP No. _____



KOLABORASI
ILMU PENYAKIT DALAM

FORM PENDAFTARAN RESERTIFIKASI KOMPETENSI

FORM B

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

SUHASTINAH

2 No. Anggota PAPDI

118 2013 0090 03820

3 Tempat Lahir

Kota/Kabupaten

BANDARBARU

Propinsi

KALIMANTAN SELATAN

4 Tanggal lahir

15 - 01 - 1977

Tgl.

Bln

Tahun

5 Jenis kelamin

1. Laki-laki ☐

2. Perempuan ☒

6 Alamat Rumah : Jalan

JEND. SUDIRMAN

RT

001

RW

991

Kelurahan

HAMALAU

Kecamatan

SUNGAI RAYA

Kabupaten/Kota

HULU SUNGAI

SELATAN

Propinsi

KALIMANTAN SELATAN

Kodepos

71271

7 Alamat korespondensi : Jalan

JEND. SUDIRMAN

RT

001

RW

001

Kelurahan

HAMALAU

Kecamatan

SUNGAI RAYA

Kabupaten/Kota

HULU SUNGAI SELATAN

Propinsi

KALIMANTAN SELATAN

Kodepos

71271

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

No. Telepon

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

No. Telepon

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

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

No. Fax

hastinadr@gmail.com

11

spesialis penyakit

[illegible]

2	5	1	5	/	5	T	/	2	8	/	x	1	1	/	2	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0	5
---	---

.

1	2
---	---

.

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

Tahun

disetor melalui Bank Mandiri Cabang

ditransfer melalui Bank

Banjarmasin, 03 November 2018

~~Kami yang membuat pernyataan~~

Dr. Suhastinah, S.Pd.

tulis nama lengkap dan gelar

Formulir 1b

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. SUHASTINAH, SpPD
NIP/NRP/NRPTT :
Tempat & Tgl. Lahir : Banjarmasin, 15 Januari 1977
Status Kepegawaian : Aparatur Sipil Negara (ASN)
Perguruan Tinggi : Universitas Diponegoro Semarang
Tgl. Lulus : ~~2013~~ 05 Desember 2013
Nomor Ijazah : 0167/PP05
Kompetensi : Spesialis Penyakit Dalam
Alamat Rumah : Jl. Jend. Sudirman, Korp. Perum RSUD Brigjend.
H. Hasan Basry, no. 126, Kandungan.
Tempat Kerja : RSUD Brigjend. H. Hasan Basry Kandungan

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Banjarmasin, 03 November 2018
.....
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan



.....
(nama lengkap yang membuat pernyataan)

FORMULIR PENDAFTARAN REGISTRASI ULANG

FORM 1c

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

SUHASTI MAH

2 No. KTP

3274065501770008

3 Nomor Registrasi

33-2-11.401-24-14-045471

4 Tempat Lahir
Provinsi

KALIMANTAN SELATAN

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

HULU SUNGAI SELATAN

5 Tanggal Lahir

15-01-1977

Tgl Bln Tahun

6 Jenis Kelamin

1. Pria ☐ 2. Wanita ☒

7 Alamat Rumah : Jalan

JEND. SUDIRMAN NO-126
KOMP. PERUM RSUD HASAN BASRY

Provinsi KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota HULU SUNGAI SELATAN

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan SUNGAI RAYA

Kelurahan HAMALAU

RT 001 RW 001

Kode Pos 71271

8 Alamat Korespondensi : Jalan

JEND. SUDIRMAN NO-126
KOMP. PERUM RSUD HASAN BASRY

Provinsi KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota HULU SUNGAI SELATAN

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Kecamatan SUNGAI RAYA

Kelurahan HAMALAU

RT 001 RW 001

Kode Pos 71271

9 Nama Tempat Bekerja

RSUD BK GJEND. H. HASAN
BASRY

Alamat Tempat Bekerja

JL. JEND. SUDIRMAN KANDANGAN

Provinsi

KALIMANTAN SELATAN

Kabupaten/Kota

HULU SUNGAI SELATAN

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

JR. SUHASTI MAH, S.Pd.

10 Nama Tempat Praktik 1

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 2

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 3

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota

(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

11 Nomor Telepon/Fax/E-Mail

Telepon Rumah

Kode area

No. Telepon

Telepon Kantor

Kode area

No. Telepon

Nomor HP

Nomor Faksimil

Kode area

No. Faksimil

E-Mail

12 Ijazah

Nomor Ijazah

Tanggal Ijazah

Nama Universitas

Data diisi oleh Petugas Kolegium

13 Kompetensi

14 No Sertifikat Kompetensi

15 Tgl Sertifikat Kompetensi

16 Biaya Registrasi disetor ke Rekening KKI nomor 93.20.5556 Bank BNI Cabang Melawai Raya Kebayoran Baru Jakarta Selatan sebesar Rp. 250.000,- (dua ratus lima puluh ribu rupiah)

☐ disetor melalui Bank BNI cabang

☐ di transfer melalui Bank

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

Tanggal
Yang membuat pernyataan

dr. SUHASTIRAH, Sp.PD
tulis nama lengkap dan gelar