

# PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



## DAFTAR ISIANS

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

#### A. IDENTITAS :

No : _____										
1.	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR :Dr. Tri Hadi Susanto, SpPD									
2.	JENIS KELAMIN: Laki-Laki									
3.	TEMPAT/TANGGAL LAHIR : Bengkulu, 14 September 1984									
4.	ALAMAT : Jl. Ciliwung Raya No A9 Kedaton Grande 1 Padang Harapan									
5.	KECAMATAN Gading Cempaka KABUPATEN/KOTA Bengkulu KODEPOS 38225									
6.	PROPONSI: Bengkulu									
7.	NOMOR TELEPON/HP: 08112535069									
8.	ALAMAT E-MAIL :susanto_dr@yahoo.co.id									
9.	NO. ANGGOTA IDI/PAPDI: 101337/135.2016.0021.04469									
10.	TANGGAL PENGISIAN									
				2	4	0	2	2	2	
				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	
2.1.	<b>INFORMASI UMUM</b>  BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI	YA	TIDAK
2.1.1.	Apakah anda secara periodic memeriksa kesehatan?	✓	
2.1.2.	Tahun berapa anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____		2022
2.1.3.	Apakah anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?	✓	
2.2.	<b>RAWAT PENYAKIT &amp; DISABILITAS</b>  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 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>  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 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, 24 Februari 2022



**Dr. Tri Hadi Susanto, SpPD**