

Lampiran 9 :

## PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



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

#### A. IDENTITAS:

		NO.:			
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR:		dr. FARAH MELANY RIDWAN, S.P.D, F.I WASIM		
2	JENIS KELAMIN:		1. Laki-laki	2. Perempuan	<input checked="" type="checkbox"/>
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR:		JAKARTA, 14 MEL 1974		
4	ALAMAT		NUSALOKA 14-5, Jl. BAY Blok NE No. 31 B5 D TANGERANG SECATAN		
5	KECAMATAN	SERPONG	KABUPATEN/KOTA	KODEPOS	15310
6	PROVINSI:		BANTEN		
7	NOMOR TELEPON/HP:		021 5375364 / 0811821971 / 087808624731		
8	ALAMAT E-MAIL:		upaydn@gmail.com		
9	NO. ANGGOTA IDI/PGH		44883		
10	TANGGAL PENGISIAN		25	03	2023
		HARI	BULAN	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 Praktik yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>PENYAKIT DACAM</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktik?	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 <u>JAWAB KONSUL PENYAKIT</u> Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)