

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, SP.PD, FI.WASIM																
2 JENIS KELAMIN:	1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan <input checked="" type="checkbox"/>																
3 TEMPAT/TANGGAL LAHIR:	JAKARTA, 14 MEI 1974																
4 ALAMAT	NUSALOKA 14-5, Jl. BAH Blok No. 31 B5 D																
5 KECAMATAN	SERPONG KABUPATEN/KOTA TANGERANG SELATAN																
6 PROPINSI:	BANTEN																
7 NOMOR TELEPON/HP:	021 537 5364 / 0811 824971 / 0878 086 24731																
8 ALAMAT E-MAIL:	upaydn@gmail.com																
9 NO. ANGGOTA IDI/PDGI:	44883																
10. TANGGAL PENGISIAN	<table border="1"><tr><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="2">HARI</td></tr><tr><td>0</td><td>3</td></tr><tr><td colspan="2">BULAN</td></tr><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td colspan="4">TAHUN</td></tr></table>	2	5	HARI		0	3	BULAN		2	0	2	3	TAHUN			
2	5																
HARI																	
0	3																
BULAN																	
2	0	2	3														
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 PENYAKIT DACAM 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 JAWAB KONSUL PENYAKIT DACAM VIA TELP Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)