

Lampiran 7 :

## 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: | <u>Dr. HERRIYATI SUEDARTO Sp PD</u>   |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 2. JENIS KELAMIN:             | 1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan <input checked="" type="checkbox"/>  |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR:      | <u>JEMBER, 29.08.1946</u>   |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 4. ALAMAT:                    | <u>Jl. KENANGA III NO.19 JATIBENING BARU</u>  |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 5. KECAMATAN:                 | <u>PANDOK GEBE KABUPATEN/KOTA BEKASI</u> KODEPOS: <u>17412</u>  |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 6. PROPINSI:                  | <u>JAWA BARAT</u>   |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 7. NOMOR TELEPON/HP:          | <u>021.8477218 / 0816 1333479</u>   |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 8. ALAMAT E-MAIL:             | <u>herriyatiherlan@gmail.com</u>  |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI:      |   |       |   |       |   |   |   |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 10. TANGGAL PENGISIAN         | <table border="1"><tr><td>1</td><td>4</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td></tr><tr><td colspan="2">HARI</td><td colspan="2">BULAN</td><td colspan="4">TAHUN</td></tr></table> | 1     | 4 | 0     | 6 | 2 | 0 | 0 | 1 | HARI |  | BULAN |  | TAHUN |  |  |  |
| 1                             | 4   | 0     | 6 | 2     | 0 | 0 | 1 |   |   |      |  |       |  |       |  |  |  |
| 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)<br>2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi-Spesialis, sebutkan <u>Perawatan</u><br>3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan <u>DARAFI</u> |
| B.2 | Jenis Tempat Praktik?              | 1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah)<br>2. KLINIK/RUMAH SAKIT<br>3. PERUSAHAAN<br>4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan _____                          |
| B.3 | Apakah ada shift/jaga malam/rotasi | 1. Ya<br>2. Kadang-kadang/Tidak teratur<br>3. Tidak<br>Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)  |



KONSIL KEDOKTERAN  
INDONESIA

A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

| Nº     | PERTANYAAN  | JAWABAN |       |
|--------|---|---------|-------|
| 2.1.   | INFORMASI UMUM:<br><br>BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI  | YA      | TIDAK |
| 2.1.1. | Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?   | ✓       |       |
| 2.1.2. | Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? <u>2020</u>   | ✓       |       |
| 2.1.3. | Apakah Anda dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?  | ✓       |       |
| 2.2.   | RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS<br><br>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:<br><u>Demam Berdarah Dengue</u> tahun <u>2019</u><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____   |         |       |
| 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:<br>Gangguan kekuatan fisik<br>Gangguan ketrampilan motorik (tremor, kelemahan otot)<br>Gangguan pendengaran yang mengganggu komunikasi interpersonal<br>Gangguan bicara yang mengganggu komunikasi interpersonal<br>Gangguan penglihatan berat (tidak dapat membaca font 12 tanpa loop)<br>Gangguan memori<br>Gangguan Mental |         |       |
| 2.3.   | RIWAYAT PENGOBATAN DAN KEBIASAAN<br><br>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 <u>HIPERTENSI</u>  |         |       |
| 2.3.3. | Apakah pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda?   |         | ✓     |
| 2.3.4. | Apakah Anda suka mengonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?  |         | ✓     |





KONGIL KEDOKTERAN  
INDONESIA

## 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

JAKARTA, tanggal 14.06.2021

Tanda tangan diatas meterai Rp10000,-



DR. HERRIYATI SOEDARTO Sp.RD.



**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. HERRIYAT SOEDARTO Sp PD

Kompetensi :

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/~~Dokter Gigi Spesialis~~ PENYAKIT DALAM
3. Dokter Spesialis Konsultan \_\_\_\_\_

Dinyatakan bahwa :

- \* Sehat secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik ~~dokteran~~/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

JAKARTA  
Tempat \_\_\_\_\_, Tanggal 14 Bulan 06 Tahun 2021

**dr. Syafruddin Surin, Sp. JP**  
Dokter Spesialis Penyakit Jantung & Pembuluh Darah  
No. SIP: 058/2.44/11/31.75.08/-1.719.3/2016

(Nama Jelas : Dr. H. Syafruddin Surin)  
SIP No. 068/2.44/14/31.75.08/1779/2016