

Lampiran 7 :

## PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL



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

#### A. IDENTITAS:

NO.: _____	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>Dr. HERRIYAH SOEDARTO Sp.PD</u>	
2. JENIS KELAMIN: <input checked="" type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
3. TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>JEMBER, 29-02-1946</u>	
4. ALAMAT <u>K. KENANGA III NO.19 JATIBEWING BARE</u>	
5. KECAMATAN <u>PONDOK Gede</u> KABUPATEN/KOTA <u>BGORASI</u> KODEPOS <u>17412</u>	
6. PROPINSI: <u>JAWA BARAT</u> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span>	
7. NOMOR TELEPON/HP: <u>021-8477218 / 0816 1333479</u>	
8. ALAMAT E-MAIL: <u>herriyahherlan@gmail.com</u>	
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI:	
10. TANGGAL PENGISIAN <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">14</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">06</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">20</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">01</span> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi-Spesialis, sebutkan <u>PERNEURAH</u> <input type="checkbox"/> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktik?	1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)



KONSIL KEDOKTERAN  
INDONESIA

A. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

No	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1.	INFORMASI UMUM: 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 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>DENGAN BEROARAH DENGAN</u> tahun <u>2019</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 ketampilan 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 <u>HIPERTENSI</u>		
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 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 14.06.2024

Tanda tangan diatas meterai Rp 16000,-





**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. HERRIYAH 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/II/31.75.08/-1.779.3/2016

(Nama Jelas : Dr.H SYAFRUDDIN Syafrin  
SIP No. 068/2.44/II/31.75.08/1729/2016