

DAFTAR ISIAN

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: 1311401318109694

- 1 NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: dr. Dional Setiawan, SpPD, Finasim
- 2 JENIS KELAMIN: Laki-laki Perempuan
- 3 TEMPAT/TANGGAL LAHIR: Padang/ 7 Februari 1987
- 4 ALAMAT JL Minahasa No 9
- 5 KECAMATAN Padang Timur KABUPATEN/KOTA Padang KODEPOS 25128
- 6 PROPINSI: Sumatra Barat
- 7 NOMOR TELEPON/HP: 085274018375
- 8 ALAMAT E-MAIL: dionalsetiawan@gmail.com
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI:113941
10. TANGGAL PENGISIAN 27 06 2023
- TGL 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 Praktek yang dilakukan	<p>1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>Penyakit Dalam</u></p> <p>3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan Spesialis Penyakit Dalam</p>
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	<p>1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah)</p> <p><input checked="" type="radio"/> 2. KLINIK/RUMAH SAKIT</p> <p>3. PERUSAHAAN</p> <p>4. LAPANGAN (Offshore, Daerah sulit dll), Jelaskan</p>
B.3	Apakah ada shift/jaga malam/rotasi	<p>1. Ya</p> <p>2. Kadang-kadang/Tidak teratur</p> <p><input checked="" type="radio"/> 3. Tidak</p> <p>Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)</p>

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN	
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>2023</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: _____ tahun _____ _____ 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 ketrampilan 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 _____		
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

Padang Panjang _____, tanggal 27 Juni 2023



dr. Dional Setiawan, SpPD, Finasim