

A. IDENTITAS:

Mohon setiap pertanyaan di bawah ini diberi jawaban sesuai dengan keadaan sebenarnya. Setelah selesai diisi, periksa kembali agar tidak ada yang dikosongkan.

Nº	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) ②. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>Penyakit Dalam</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan Spesialis Penyakit Dalam _____
B.2.	Jenis Tempat Praktek?	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 Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)

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 mengonsumsi 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