

SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL

Sesuai dengan keterangan dari Pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Penguji Kesehatan (jika ada),
Maka dengan ini :

Nama : dr. Mochammad Abdul Nasir; MSc, SpPD FINASIM

Kompetensi : Dokter Spesialis Penyakit Dalam

Dinyatakan bahwa :

- Sehat secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik kedokteran

Kuala Pembuang, 23 Maret 2024



dr. Yulita Handayani

SIP : 503B.14/01.015/DPMPTSP/VI/2021

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

A. IDENTITAS:

NO. REGISTRASI KKI: _____	
1	NAMA LENGKAP DENGAN GELAR: <u>Dr. Mochammad Abdul Nizar, MS, SPO</u> <i>FINASIM</i>
2	JENIS KELAMIN: <input checked="" type="radio"/> 1. Laki-laki 2. Perempuan
3	TEMPAT/TANGGAL LAHIR: <u>Gratik 28 Mei 1978</u>
4	ALAMAT: <u>Jl. 01 Panjaitan RT08/RW01 Kel. Kuala Pembung II</u>
5	KECAMATAN: <u>Seruyan Hilir</u> KABUPATEN/KOTA: <u>Seruyan</u> KODEPOS: <u>74215</u>
6	PROPINSI: <u>Kaliman tan Tengah</u>
7	NOMOR TELEPON/HP: <u>081 3310 58568</u>
8	ALAMAT E-MAIL: <u>natzirbutto@yahoo.co.id</u>
9	NO. ANGGOTA ID/PDGI: _____
10	TANGGAL PENGISIAN: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">2</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">3</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">0</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">3</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">2</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">0</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">2</table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 30px; height: 20px;">4</table> <small>TGL BULAN TAHUN</small>

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)**

N°	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) <input checked="" type="radio"/> 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan <u>Pgk2 Dalam</u> 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktek?	<input checked="" type="radio"/> 1. PERORANGAN (dirumah/di luar rumah) <input checked="" type="radio"/> 2. KELUARGA 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="radio"/> 3. Tidak Jelaskan pola shift yang dijalankan (jika ada)

C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:

N ^o	PERTANYAAN	JAWABAN			
		YA	TIDAK		
2.1.	INFORMASI UMUM: BERI TANDA (✓) PADA KOLOM YANG SESUAI				
2.1.1.	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?	✓			
2.1.2.	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____				
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

Kuala Lumpur, tanggal 23 - 03 - 2024.



[Signature]
dr. Mochammad Abdun Nuri NLC SpPT (Inggris)