

DAFTAR ISIAN

UNTUK SURAT KETERANGAN SEHAT BAGI DOKTER/DOKTER GIGI

A. IDENTITAS

NO. REGISTRASI KKI : _____	
1. NAMA LENGKAP DENGAN GELAR : _____	
2. JENIS KELAMIN : 1. Laki-laki 2. Perempuan	
3. TEMPAT, TANGGAL LAHIR : _____	
4. ALAMAT : _____	
5. KECAMATAN _____ KAB/KOTA _____ KODEPOS _____	
6. PROPINSI _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
7. NOMOR TELEPON/HP : _____	
8. EMAIL : _____	
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI : _____	
10. TANGGAL PENGISIAN : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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

(DAPAT MELINGKARI JAWABAN LEBIH DARI SATU)

No.	PERTANYAAN	JAWABAN
B.1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, sebutkan _____ 3. Dokter Spesialis Konsultan, sebutkan _____
B.2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN (di rumah/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

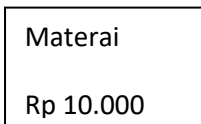
No.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
2.1	<u>INFORMASI UMUM</u> <i>beri tanda (√) pada kolom yang sesuai</i>		
2.1.1	Apakah Anda secara periodik memeriksakan kesehatan?		
2.1.2	Tahun berapa Anda terakhir menjalani pemeriksaan kesehatan? _____		
2.1.3	Apakah Anda dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa ada keluhan kesehatan?		
2.2	<u>RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS</u> <i>beri tanda (√) pada kolom yang sesuai</i>		
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 keterampilan 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	<u>RIWAYAT PENYAKIT & DISABILITAS</u> <i>beri tanda (√) pada kolom yang sesuai</i>		
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 kemudia hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku

.....,



(Nama jelas)

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) : _____

Kompetensi:

1. Dokter/Dokter Gigi

2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis _____

3. Dokter Spesialis Konsultan _____

Pada pemeriksaan hari ini dinyatakan bahwa:*)

1. Sehat secara fisik dan mental untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi
2. Kondisi kesehatan fisik dan mental untuk sementara belum memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan
3. Kondisi kesehatan fisik dan mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

_____, _____

(_____)

No SIP. _____

*) Lingkari salah satu