

PERSYARATAN SURAT TANDA REGISTRASI ULANG (KKI)

1. FOTO 4 x 6 : 8 LBR, LATAR MERAH
2. FOTO 2 x 3 : 4 LBR, LATAR MERAH
3. FOTO COPY KTP : 1 LBR
4. FOTO COPY STR LAMA : 3 LBR
5. FOTO COPY SIP 3 TEMPAT : 1 LBR
6. FOTO COPY KARTU IDI : 1 LBR
7. FOTO COPY IJAZAH : 1 LBR
8. BUKTI PEMBAYARAN KKI SEBESAR RP. 300.000 YANG ASLI DAN FOTO COPY :1 LBR
9. FOTO COPY SERTIFIKAT SEMINAR SIMPOSIUM & WORKSHOP (ASLI DI TUNJUKAN SAJA)
10. MATERAI @ Rp 6000 : 8 LBR DI TEMPEL DI FORMULIR
11. KHUSUS DOKTER NON BEDAH BERUSIA 70 TAHUN DAN DOKTER BEDAH YANG BERUSIA >65 TAHUN HARUS MELAMPIRKAN SURAT KETERANGAN DOKTER YANG BER-SIP DARI SPESIALIS THT, MATA & NEUROLOGI.
12. MENGISI FORM BORANG YANG LENGKAP 200 SKP DARI BERBAGAI RANAH KEGIATAN, DAN SURAT KETERANGAN SEHAT FISIK DAN MENTAL DARI DOKTER YANG BER-SIP

NB : MOHON FORMULIR DI ISI DIRUMAH DAN DI TANDA TANGAN DIATAS MATERAI BILAMANA PAKAI MATERAI SESUAI PETUNJUK

TERIMA KASIH

10 Nama Tempat Praktik 1

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 2

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

Nama Tempat Praktik 3

Alamat

Provinsi

Kabupaten/Kota
(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)

11 Nomor Telepon/Fax/E-Mail

Telepon Rumah

Kode area

No.Telpon

Telepon Kantor

Kode area

No.Telepon

Nomor HP

Nomor Faksimil

Kode area

No. Faksimil

E-Mail

12 Ijazah

Dokter Dokter Spesialis Dokter Gigi Dokter Gigi Spesialis

Nomor Ijazah

Tanggal Ijazah

Tgl Bln Tahun

Nama Universitas

Data diisi oleh Petugas Kolegium

13 Kompetensi

14 No Sertifikat Kompetensi

15 Tgl Sertifikat Kompetensi

Tgl. Bln Tahun

16 Biaya Registrasi disetor ke Rekening KKI nomor 93.20.5556 Bank BNI Cabang Melawai Raya Kebayoran Baru Jakarta Selatan sebesar Rp. 300.000,- (tiga ratus ribu rupiah)

disetor melalui Bank BNI cabang

di transfer melalui Bank

Pernyataan ini telah kami buat dengan teliti dan sebenarnya, berkas persyaratan terlampir

.....,Tanggal.....
Yang membuat pernyataan

(.....)
tulis nama lengkap dan gelar

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
N I P/NRP/NRPTT :
Tempat & Tgl. Lahir :
Status Kepegawaian :
Perguruan Tinggi :
Tgl. Lulus :
Nomor Ijazah :
Kompetensi :
Alamat Rumah :
Tempat Kerja :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

.....
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan

Ditanda tangani
melintas
di atas Meterai
Rp. 6.000,-

.....
(nama lengkap yang membuat pernyataan)

DAFTAR ISI

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 _____ KABUPATEN/KOTA _____ KODEPOS _____
6. PROPINSI _____
7. NOMOR TELEPON/HP : _____
8. EMAIL : _____
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI : _____
10. TANGGAL PENGISIAN :
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

....., tanggal



(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 :

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

Tempat _____, Tanggal ____ Bulan _____ Tahun _____

(Nama jelas: _____)

No SIP. _____