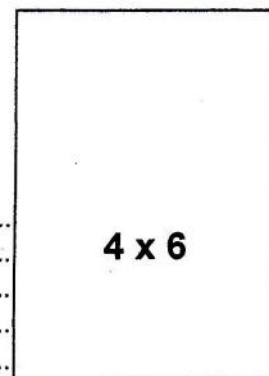


FORMULIR PENDAFTARAN
P2KB IDI



- Data Pribadi

Nama :
 Tempat/Tgl Lahir :
 Gelar Depan :
 Gelar Belakang :
 Alamat sesuai KTP :

RT RW
 Kelurahan Kecamatan
 Kabupaten/ Kotamadya
 Provinsi

Telp / Hp :
 E-Mail :

- Data Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Universitas	Tahun lulus	No. Ijazah

- Data Keanggotaan

NPA IDI :
 IDI Cabang :
 IDI Wilayah :
 Nomor Anggota Perhimpunan :
 Perhimpunan Cabang :

Data Dokumen

Sertifikat Kompetensi
 Nomor :
 Tanggal Terbit :
 Tanggal Berakhir :

Surat Tanda Registrasi (STR)

Nomor :
 Tanggal Terbit :
 Tanggal Berakhir :

Data Kepegawaian

Status Pegawai : PNS/ TNI/ Polri/ Swasta/ Pensiunan *) coret jika perlu
 No. Pegawai :
 Nama institusi :
 Alamat Institusi :

- Data Tempat Praktik

No.	Nama Tempat Praktik	No. SIP	No. Rekomendasi	Alamat
1				
2				

....., 20

(.....)

Lampiran 2

SURAT PERNYATAAN KEPATUHAN ETIKA PROFESI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tempat / Tgl. Lahir :

NPA IDI :

Asal IDI Cabang :

Alamat :

.....

Berdasarkan Sumpah Dokter yang telah saya lafazkan, menyatakan akan mematuhi Etika Profesi Dokter Indonesia dan siap menjalani sanksi Etika jika saya melakukan pelanggaran.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

..... 20

Materai
Rp. 6000,-

(.....)

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/Tgl Lahir: _____	
4. Alamat _____	
5. Kecamatan _____ Kabupaten/Kota _____ Kodepos _____	
6. Provinsi: _____	
7. Nomor Tlp. /HP: _____	
8. Alamat E-mail: _____	
9. No. Anggota IDI / PDGI: _____	
10. Tanggal Pengisian 	

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	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 (dirumah / di luar rumah) 2. Klinik / Rumah Sakit Perusahaan 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	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				
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				
2.3.1	Apakah anda saat ini 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.

_____, tanggal _____

Materai 6000

(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) : _____

KompetensiL

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, dan perlu pemeriksaan kesehatan ulang setelah selesai pengobatan / perawatan.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran / kedokteran gigi

Tempat _____ , Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____

(Nama Jelas: _____)

SIP No. _____

FORMULIR PENDAFTARAN REGISTRASI ULANG

FORM 1c

1 Nama Lengkap
(tanpa gelar)

2 No. KTP

3 Nomor Registrasi

4 Tempat Lahir
Provinsi

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

5 Tanggal Lahir

Tgl Bln Tahun

6 Jenis Kelamin 1. Pria 2. Wanita

7 Alamat Rumah : Jalan

Provinsi

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

Kecamatan

Kelurahan

RT RW

Kode Pos

8 Alamat Korespondensi : Jalan

Provinsi

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

Kecamatan

Kelurahan

RT RW

Kode Pos

9 Nama Tempat Bekerja

Alamat Tempat Bekerja

Provinsi

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

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. Telepon

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. 250.000,- (dua ratus lima puluh 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