

PERSYARATAN RESERTIFIKASI

SERTIFIKAT KOMPETENSI

1. Mengisi Form Registrasi P2KB
2. Surat Rekomendasi Resertifikasi
3. Mengisi Surat Pernyataan Kepatuhan Etika Profesi
4. Mengisi Daftar Isian untuk Surat Keterangan Sehat Bagi Dokter
5. Mengisi Surat Keterangan Sehat Fisik dan Mental
6. Pasfoto berwarna dengan latar belakang merah ukuran 4x6 sebanyak 4 lembar
7. Bukti Pembayaran Registrasi P2KB
8. Pembayaran iuran IDI sampai dengan tahun berakhirnya STR

SURAT PERNYATAAN KEPATUHAN ETIKA PROFESI

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/Tanggal 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. 6.000,-

(.....)

Mengetahui,

Ketua IDI Cabang

(.....)

NPA.IDI.....

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. PROPINSI _____												
7. NOMOR TELEPON/HP : _____												
8. ALAMAT EMAIL : _____												
9. NO. ANGGOTA IDI/PDGI : _____												
10. TANGGAL PENGISIAN _____												
<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TGL</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULAN</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">TAHUN</td> </tr> </table>							TGL		BULAN		TAHUN	
TGL		BULAN		TAHUN								

*Mohon setiap pertanyaan dibawah ini diberi jawaban sesuai dengan keadaan yang 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
B1	Jenis Praktek yang dilakukan	1. Dokter Umum (Dokter/Dokter Gigi) 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis, Sebutkan 3. Dokter Spesialis Konsultan, Sebutkan
B2	Jenis Tempat Praktek	1. PERORANGAN (Dirumah/Luar rumah) 2. KLINIK/RUMAH SAKIT 3. PERUSAHAAN 4. LAPANGAN (Offshore, Daerah Sulit dll) jelaskan
B3	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 periodic 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 apasaja Anda dirawattahun.....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 sedang menjalani pengobatan?				
2.3.2	Jika Ya, Jelaskan pengobatn apa.....				
2.3.3	Apakah Pengobatan tersebut dapat mempengaruhi kinerja Anda?				
2.3.4	Apakah Anda suka mengkonsumsi obat-obat yang tergolong NARKOBA?				

RESUME

Jika Anda sedang dalam pengobatan atau ada disabilitas, Mohon beri keterangan singkat mengenai kondisi anda pada baris dibawah ini :

.....

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa, berdasarkan pengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan adalah benar, sesuai dengan keadaan saat ini. Jika dikemudian hari ternyata diketahui ada keterangan yang tidak benar, saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan STR sesuai ketentuan yang berlaku

.....tanggal.....

Tandatangan diatas materai

 (nama Jelas)

SURAT PERNYATAAN SEHAT FISIK DAN MENTAL
(Untuk Persyaratan Surat Tanda Registrasi)

Sesuai dengan surat 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, dan perlu pemeriksaan kesehatan ulangsetelah selesai pengobatan/perawatan
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

Tempat _____ tanggal ____ bulan ____ tahun _____

(Nama Jelas : _____)

SIP NO. _____