



# IKATAN DOKTER INDONESIA

(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)

## CABANG TANGERANG

Komp. Perumahan TU No.2, Jl. KH. Hasyim Ashari Buaran Indah - Tangerang

Telp. 021 55701190 Fax. 021 55701189 Website.iditangerang.or.id

### PEMBERITAHUAN

Pemberitahuan untuk seluruh dokter umum anggota Ikatan Dokter Indonesia Cabang Tangerang yang akan memperpanjang Surat Tanda Registrasi, bahwa proses verifikasi yang akan dilaksanakan mengikuti alur yang dikeluarkan oleh IDI Cabang Tangerang berdasarkan Keputusan PB IDI tentang alur resertifikasi dokter.

1. Proses pengurusan resertifikasi dimulai 6 bulan sebelum jatuh tempo berakhirnya Surat Tanda Registrasi ( STR ).
2. Aktivasi diri secara online ke <http://idionline.org> WEB PB IDI (ONLINE), dan mengisi data P2KB ONLINE secara mandiri dan lengkap. Jika anda merasa data jawaban telah benar namun tidak dapat masuk ke tahapan selanjutnya, harap hubungi Admin Pusat Data dan Layanan Informasi (PUSDALIN) Pengurus Besar (PB) IDI di Nomor Telepon 021 – 3150679 / 021 - 3158726 atau Email ke [pusdalin@idionline.org](mailto:pusdalin@idionline.org). Selanjutnya admin PUSDALIN akan melakukan validasi laporan anda.
3. Sosialisasi Setiap Hari Rabu jam sesuai dengan perjanjian di Sekretariat IDI Cabang Tangerang
4. Berkas-berkas yang harus dilampirkan saat proses pengurusan verifikasi perpanjangan Surat Tanda Registrasi di IDI Cabang Tangerang (OFFLINE) adalah :
  - a. Mengisi Formulir pendaftaran
  - b. Foto copy STR lama 1 lembar
  - c. Foto copy Ijazah 1 lembar
  - d. Foto copy KTP 1 Lembar
  - e. Foto copy SIP 1 lembar
  - f. Foto copy Sertifikat Kompetensi sebelumnya 1 lembar
  - g. Pas foto berwarna (Latar Merah) ukuran 4x6 (1 lembar), ukuran 2x3 (1 lembar)
  - h. Laporan kegiatan P2KB dengan melampirkan dokumen bukti kegiatan sesuai dengan pengisian di [idionline.org](http://idionline.org) (contoh : sertifikat, rekapan pasien, tindakan, penyuluhan dll) serta print out dashboard IDIONLINE.
  - i. Melampirkan bukti pembayaran Asli (luran P2KB IDI Cabang Tangerang) Sebesar Rp. 150.000,- Ke No Rekening An. IDI Cabang Tangerang 00510-01-55-000002-0 BTN Cabang Tangerang.
  - j. Melampirkan bukti pembayaran Asli (luran P2KB PB IDI) Sebesar Rp. 150.000,- Ke No Rekening An. PB IDI/BP2KB 031.452.6120 BNI Cabang Menteng.
  - k. Menyelesaikan (luran Anggota IDI Cabang Tangerang) ditambah Min. 1 Tahun kedepan ke No Rekening An. IDI Cabang Tangerang 00510-01-55-000002-0 BTN Cabang Tangerang (untuk jumlah tagihan bisa tlp IDI Cabang Tangerang).
  - l. Proses Verifikasi  $\pm 7$  hari kerja
5. Setelah mendapatkan tanda terima proses perpanjangan STR dari IDI Cabang Tangerang, selanjutnya proses Resertifikasi PB IDI berupa ESERKOM akan diemailkan ke email dr yang terdaftar di [idionline.org](http://idionline.org) (BP2KB PB IDI) kemudian Registrasi secara online di situs Konsil Kedokteran Indonesia ([www.kki.go.id](http://www.kki.go.id)).



# IKATAN DOKTER INDONESIA

(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)

## CABANG TANGERANG

Komp. Perumahan TU No.2, Jl. KH. Hasyim Ashari Buaran Indah - Tangerang

Telp. 021 55701190 Fax. 021 55701189 Website.iditangerang.or.id

### FORMULIR PENDAFTARAN P2KB IDI

• **Data Pribadi**

Nama : .....  
Tempat /Tgl Lahir : .....  
Gelar Depan : .....  
Gelar Belakang : .....  
Alamat sesuai KTP : .....  
RT..... RW.....  
Kelurahan..... Kecamatan .....  
Kabupaten/Kotamadya .....  
Provinsi .....  
Alamat Korespondensi : .....  
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**

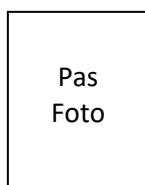
Sertifikat Kompetensi  
Nomor : .....  
Tanggal Terbit : .....  
Tanggal Berakhir : .....  
Surat Tanda Registrasi (STR)  
Nomor : .....  
Tanggal Terbit : .....  
Tanggal Berakhir : .....

• **Data Kepegawaian**

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

• **Data Tempat Praktek**

No.	Nama Tempat Praktek	No. SIP	No. Rekomendasi IDI	Alamat



.....20.....

(.....)  
NPA IDI.



# IKATAN DOKTER INDONESIA

(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)

## CABANG TANGERANG

Komp. Perumahan TU No.2, Jl. KH. Hasyim Ashari Buaran Indah - Tangerang

Telp. 021 55701190 Fax. 021 55701189 Website.iditangerang.or.id

---

### 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 10.000,-

(.....)

Mengetahui,  
Ketua IDI Cabang Tangerang

(Dr. Mohammad Rifki MS, Sp.B, MARS)  
NPA.IDI 37162







--

**C. INFORMASI MENGENAI KESEHATAN:**

N°	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 mengkonsumsi 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  
Rp 10.000,-

\_\_\_\_\_  
(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, 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. \_\_\_\_\_