

**KOP DINAS KESEHATAN KOTA DEPOK**

---

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN PRAKTIK PERORANGAN DOKTER SPESIALIS**

Pada hari ini ..... tanggal .....bulan ..... tahun .....

Berdasarkan :

1. UU RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. UU RI No. 29 tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran
3. Perda Kota Depok No. 05 tahun 2011 tentang Perizinan dan Sertifikasi bidang Kesehatan
4. Permenkes RI No. 2052/Menkes/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran

Pada hari ini ..... tanggal .....bulan ..... tahun .....

Kami yang bertanda tangan dibawah ini sesuai dengan surat tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok atau yang mewakili telah melakukan pemeriksaan tempat terhadap :

Nama Pemohon : .....

Pekerjaan : PNS/Non PNS .....

Alamat tinggal : .....

Alamat praktik : .....

.....

**A. Sarana Fisik**

1. Ruang periksa : ada/ tidak
  - a. penerangan : baik/ cukup/ kurang
  - b. ventilasi : baik/ cukup/ kurang
  - c. kebersihan : baik/ cukup/ kurang
  - d. wastafel : ada/ tidak
  - e. tempat sampah domestik : ada/ tidak (kantong hitam)
  - f. tempat sampah medis : ada/ tidak (kantong kuning)
2. Ruang tunggu : ada/ tidak
3. Tempat cuci alat : ada/ tidak
4. Depo obat : ada/ tidak
5. Ruang istirahat dokter : ada/ tidak
6. Papan nama : ada/ tidak

**B. Fasilitas Sanitasi**

- 1) Sarana air bersih : ada/ tidak, jenis (PAM/ Jetpump/ sumur)
- 2) Kamar mandi : ada/ tidak
- 3) Penanganan sampah medis padat : ada/ tidak  
surat perjanjian/ MOU : kerjasama dengan .....
- bukti pengiriman/ manifest : ada/ tidak
- 4) Penanganan sampah cair medis : ada/ tidak

**C. Peralatan Medis**

- 1. **Peralatan minimal (d disesuaikan dengan profesi spesialistiknya dengan mengikuti standar poli rawat jalan Rumah Sakit)**

.....  
.....  
.....  
.....

- 2. **bahan minimal**

.....  
.....  
.....

**D. Peralatan administrasi**

- kartu status : ada/ tidak
- kertas resep : ada/ tidak
- surat keterangan sakit : ada/ tidak
- surat keterangan sehat : ada/ tidak
- buku register : ada/ tidak
- formulir rujukan : ada/ tidak
- formulir inform consent : ada/ tidak
- SOP yang bersangkutan : ada/ tidak

**E. lain - lain**

- poster/ peraga : ada/ tidak
- tempat parkir : ada/ tidak
- taman : ada/ tidak

**F. Peralatan Non Medis**

Lemari obat (.....), meja tulis (.....), kursi (.....), meja peralatan (.....), kursi tunggu (.....), penyekat ruangan (.....), lainnya .....

**G. Jenis Pelayanan**

Depo obat : ada/ tidak  
Pelayanan lain : ada/ tidak, .....

**H. Kesimpulan**

Tidak / memenuhi syarat  
Tidak/ dapat diberikan izin praktik perorangan dokter spesialis

**I. Kewajiban**

- 1) Mengikuti standar pelayanan kedokteran/kedokteran gigi
- 2) Membuat persetujuan tindakan kedokteran/kedokteran gigi (baik tertulis atau lisan)
- 3) Membuat rekam medis dan menyimpan rahasia kedokteran
- 4) Menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya
- 5) Memasang papan nama praktik kedokteran dengan memuat nama dokter/dokter gigi, nomor STR dan nomor SIP (ukuran ± 60x90 cm atau 90x120 cm)

- 6) Berdasarkan :
  - UU No. 18 tahun 2008 tentang Pengelolaan Sampah
  - UU No. 32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
  - Perda No. 09 tahun 2010 tentang Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (LB3)

Sebagai Tenaga Kesehatan yang berpraktik di Kota Depok akan melakukan pengelolaan limbah B3 yang dihasilkan.

- 7) Berdasarkan :
  - UU No. 32 tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
  - PP No. 82 tahun 2001 tentang Pengelolaan Kualitas Air dan Pengendalian Pencemaran Air
  - Perda Kota Depok No. 04 tahun 2011 tentang Pembuangan dan Pemanfaatan Air Limbah

Sebagai Tenaga Kesehatan yang berpraktik di Kota Depok akan melakukan pengelolaan limbah medis cair yang dihasilkan sesuai standar yang ditetapkan.

- 8) .....

9) Kewajiban lain sesuai UU RI No. 29 tentang Praktik Kedokteran Pasal 51 dan perundangan lain yang berlaku

Mengetahui  
Pemohon

Depok, .....  
Pemeriksa

(.....)

(.....)  
Nip.

(.....)  
Nip.

(.....)  
Nip.