

**KELENGKAPAN PERSYARATAN  
PENGAJUAN IJIN PRAKTEK DOKTER UMUM**

Kode:

NO	JENIS BERKAS	VALIDASI		KETERANGAN
		ada	tidak	
1	Foto kopi Surat tanda registrasi (STR) dokter yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku dan dilegalisir oleh Pejabat yang berwenang			
2	Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek			
3	Surat Rekomendasi dari IDI Cabang Kabupaten Bandung Barat			
4	Pas foto berwarna terbaru ( ukuran 4 X 6 cm, 3 X 4 cm ) masing-masing 2 lembar			
5	Foto kopi KTP			
6	Surat pengantar / rekomendasi dari Dinas Kesehatan Setempat yang menyatakan *belum / sudah berpraktek di tempat tersebut bagi dokter dengan KTP di luar Kabupaten Bandung Barat			
7	*Foto kopi SK; PNS / TNI / POLRI / BUMN / Pensiunan			
8	Surat Keterangan Sehat dari dokter			
9	Ijazah kedokteran yang di legalisir			
10	Daftar Perincian Alat/bahan/sarana medik dan penunjang medik			
11	Peta lokasi Tempat Praktek			
	Daftar Kelengkapan Sarana Gedung Praktek			
12	Surat ijin tetangga ( RT, RW, Desa)			
13	BAP dari Puskesmas setempat			
14	Surat pernyataan sanggup membina 2 Posyandu dan 1 sekolah UKS ( SD / MI ) yang direkomendasikan Puskesmas setempat			
15	Surat pernyataan sanggup membuat laporan bulanan hasil pelayanan			
16	Surat Rekomendasi/Pengantar Ijin Praktek dari puskesmas setempat			

Bandung Barat,

Petugas \*Pendaftaran / Perivikasi,

Pemohon,

.....

.....

Penyerahan berkas : tanggal ..... bulan ..... tahun .....

Yang menyerahkan : \*Pemohon / orang lain

Nama : ..... Umur ..... Th 

L	P
---	---

Alamat : .....  
.....

*Catatan :*

Kolom Validasi dan keterangan diisi oleh tim perijinan dengan tanda rumput  
Format Kelengkapan Persyaratan Pengajuan Ijin Dokter Umum disertakan saat penyerahan berkas  
Mengisi data yang menyerahkan bila ditipkan pada pihak yang diberi kuasa mengurus

Perihal : Permohonan -  
Surat Ijin Praktik Dokter Umum  
( SIP )  
Lampiran : ..... lembar

Kepada  
Yth: Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu  
Pintu  
Kabupaten Bandung Barat  
di-  
Bandung Barat

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

Nama Lengkap : .....  
Tempat Tanggal Lahir : ..... 

L	P
---	---

  
Alamat Rumah : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
Kec. .... Kab./Kota ....  
Kode Pos ..... Telp./HP .....  
Pendidikan & Th. Lulus : .....  
Klasifikasi Pengobatan :  
Tradisional : .....

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktek yang ke \*I / II / III yang berlokasi di ;

Alamat Praktek I : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....  
Hari Praktek ..... s/d .....  
Jam Praktek Pagi ..... s/d .....  
Sore ..... s/d .....

Alamat Praktek II : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....  
Hari Praktek ..... s/d .....  
Jam Praktek Pagi ..... s/d .....  
Sore ..... s/d .....

Alamat Praktek III : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....  
Hari Praktek ..... s/d .....  
Jam Praktek Pagi ..... s/d .....  
Sore ..... s/d .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini disertakan lampiran ;

- 1 Surat tanda registrasi (STR) dokter yang diterbitkan oleh Konsul Kedokteran Indonesia (KKI) yang masih berlaku dan dilegalisir oleh Pejabat yang berwenang
- 2 Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek
- 3 Surat Rekomendasi dari IDI Cabang Kabupaten Bandung Barat
- 4 Pas foto berwarna terbaru ( ukuran 4 X 6 cm, 3 X 4 cm )
- 5 Foto kopi KTP
- 6 Surat pengantar / rekomendasi dai Dinas Kesehatan Setempat yang menyatakan \*belum / sudah berpraktek di tempat tersebut bagi dokter dengan KTP di luar Kabupaten Bandung Barat
- 7 \*Foto kopi SK; PNS / TNI / POLRI / BUMN / Pensiunan
- 8 Surat Keterangan Sehat dari dokter
- 9 Ijazah kedokteran yang di legalisir
- 10 Daftar Perincian Alat/bahan/sarana medik dan penunjang medik
- 11 Peta lokasi Tempat Praktek
- 12 Daftar Kelengkapan Sarana Gedung Praktek
- 13 Surat ijin tetangga ( RT, RW, Desa, Kecamatan )
- 14 BAP dari Puskesmas setempat
- 15 Surat pernyataan sanggup membina 2 Posyandu dan 1 sekolah UKS ( SD / MI ) yang direkomendasikan Puskesmas setempat
- 16 Surat pernyataan sanggup membuat laporan bulanan hasil pelayanan
- 17 Surat Rekomendasi/Pengantar Ijin Praktek dari puskesmas setempat

Demikian permohonan Surat Ijin Praktek ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung Barat, .....

P e m o h o n,



.....

Catatan :

Diisi lengkap dan dengan huruf kapital  
\*coret yang tidak perlu

## SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTEK

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ 

L	P
---	---

  
Alamat Rumah : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Ds./Kel. \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kab./Kota \_\_\_\_\_  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telp./HP \_\_\_\_\_

dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktek yang beralamat ;

Alamat Praktek I : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Ds./Kel. \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_  
Hari Praktek \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Jam Praktek Pagi \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Sore \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

Alamat Praktek II : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Ds./Kel. \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_  
Hari Praktek \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Jam Praktek Pagi \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Sore \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

Alamat Praktek III : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Ds./Kel. \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_  
Hari Praktek \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Jam Praktek Pagi \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_  
Sore \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung Barat, \_\_\_\_\_

Yang Menyatakan,



Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital  
Melampirkan foto kopi SIP yang telah ada  
\*coret yang tidak perlu



**DAFTAR KELENGKAPAN SARANA GEDUNG PRAKTEK**

Nama Dokter praktek : .....  
Alamat Tempat Praktek : Jl. ....  
yang diajukan RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....

NO	JENIS/MACAM KELENGKAPAN	UKURAN	JUMLAH	KETERANGAN
I	IDENTITAS			
1	Papan Nama Tempat Praktek			
II	GEDUNG			
1	Ruang Pendaftaran			
2	Ruang Administrasi			
3	Ruang Tunggu			
4	Ruang Periksa			
5	Ruang Obat			
6	Ruang / Kamar mandi + WC			

Bandung Barat, .....

Pemohon,

.....

**SURAT PERNYATAAN TIDAK BERKEBERATAN  
LINGKUNGAN TETANGGA**

---

Kami selaku warga / tetangga ;

NO	N A M A	TANDA TANGAN
1		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7
8		8
9		9
10		10
11		11
12		12
13		13
14		14
15		15

dengan ini menyatakan tidak berkeberatan atas praktek dokter ;

Nama Dokter : .....

Nama Tempat Praktek : .....

Alamat Tempat Praktek : Jl. ....  
 RT ..... RW ..... Ds./Kel. ....  
 Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
 Kode Pos ..... Telepon .....

Demikian pernyataan ini kami buat dan di tandatangani untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung Barat, .....

Ketua RT,

Ketua RW,

.....

.....

Mengetahui,

Kepala Desa

.....

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf capital

**GAMBAR DENAH LOKASI**



## BERITA ACARA PEMERIKSAAN

Nomor : .....

Pada hari ini \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_ bulan \_\_\_\_\_ tahun \_\_\_\_\_  
kami yang bertandatangan di bawah ini petugas Puskesmas \_\_\_\_\_  
Kecamatan \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat ;

1. N a m a : \_\_\_\_\_  
N I P : \_\_\_\_\_  
Pangkat/ Golongan : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_
  
2. N a m a : \_\_\_\_\_  
N I P : \_\_\_\_\_  
Pangkat/ Golongan : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_
  
3. N a m a : \_\_\_\_\_  
N I P : \_\_\_\_\_  
Pangkat/ Golongan : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_

telah mengadakan pemeriksaan kelayakan Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta ;

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_  
Jenis Praktek : \_\_\_\_\_  
Alamat tempat praktek yang diajukan : Jl. \_\_\_\_\_  
RT \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ Desa \_\_\_\_\_  
Kec. \_\_\_\_\_ Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_  
Waktu Praktek :  
Tiap Hari Kerja  
Pagi Jam \_\_\_\_\_ s/d Jam \_\_\_\_\_  
Sore Jam \_\_\_\_\_ s/d Jam \_\_\_\_\_  
24 jam, dengan pembagian jaga \*sistem 24 jam / 2 shift / 3 shift.

dengan hasil pemeriksaan sebagai berikut :

NO	JENIS ACARA PEMERIKSAAN		*VALIDASI		KETERANGAN
I	Bangunan				
	Sesuai dengan Lampiran Peta lokasi, Denah Bangunan dan Daftar kelengkapan bangunan		ada	tidak	
II	Fasilitas Sanitasi				
	Ventilasi		ada	tidak	
	Pencahayaannya / penerangan		ada	tidak	
	Air bersih		ada	tidak	
	Tempat cuci tangan / wastapel		ada	tidak	
	Tempat sampah		ada	tidak	
III	Sarana Medik				
	Sesuai dengan Lampiran Daftar Alat/Sarana Medik dan Penunjang medik		ada	tidak	
IV	Mebeler				
	Meja Pendaftaran + kursi		ada	tidak	
	Meja Tulis pemeriksa + kursi		ada	tidak	
	Meja Periksa / tempat tidur pasien		ada	tidak	
	Tempat tidur persalinan		ada	tidak	
	Kursi penunggu		ada	tidak	
	Lemari / rak buku pasien		ada	tidak	
	Lemari obat		ada	tidak	
	Lemari kaca alat medis		ada	tidak	
V	Administrasi				
	Buku Register	Umum	ada	tidak	
		Ibu Hamil	ada	tidak	
		KB	ada	tidak	
		Anak	ada	tidak	
		Bayi	ada	tidak	
		Obat	ada	tidak	
		Buku / Kartu Status Pasien	ada	tidak	
	Kartu Berobat Pasien	ada	tidak		
VI	Pembinaan				
	Sesuai dengan Lampiran Pernyataan Sanggup Membina		ada	tidak	
VII	Kontribusi				
	Sesuai dengan Lampiran Pernyataan bersedia / Sanggup memberikan laporan hasil		ada	tidak	

	pelayanan di tempat praktek ke Puskesmas Pembina Wilayah			
--	---	--	--	--

Demikian Berita Acara Pemeriksaan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung Barat, .....

Pemeriksa : 1. .... 1. ....  
2. .... 2. ....  
3. .... 3. ....

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas

.....

.....  
NIP : .....

Catatan :

Diisi lengkap dan dengan huruf kapital  
\*coret yang tidak perlu

## SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN MEMBINA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya ;

Nama Pemohon : .....  
Jenis Praktek : .....  
A l a m a t : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Desa .....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....

dengan ini menyatakan bersedia / sanggup membina masyarakat di sekitar tempat praktek, yaitu ;

Posyandu : .....  
Alamat : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Desa .....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....

Posyandu : .....  
Alamat : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Desa .....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....

Sekolah : .....  
Alamat : Jl. ....  
RT ..... RW ..... Desa .....  
Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
Kode Pos ..... Telepon .....

Bandung Barat, .....  
mengetahui, ..... Yang Menyatakan,  
Kepala Puskesmas

.....  
N I P : .....

Tembusan Disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kab. Bandung Barat
2. Kepala Sekolah Setempat
3. Ketua RW setempat
4. Ketua RT setempat

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN**  
**MEMBUAT LAPORAN HASIL PELAYANAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya ;

Nama Pemohon : .....

Jenis Praktek

Ala m a t : Jl. ....

RT ..... RW ..... Desa .....

Kec. .... Kabupaten Bandung Barat

Kode Pos ..... Telepon .....

dengan ini menyatakan bersedia / sanggup memberikan kontribusi hasil pelayanan berupa laporan bulanan sesuai dengan format yang ditetapkan, ke Puskesmas Pembina Wilayah setempat.

Bandung Barat, .....

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas

Yang Menyatakan,

.....

.....  
N I P : .....

.....

Catatan :  
Diisi lengkap dan dengan huruf kapital

Nomor : ..... Bandung Barat, .....  
 Lampiran : ..... lembar Kepada  
 Perihal : **Rekomendasi / Pengantar** Yth. Kepala Dinas PMPTSP  
**Ijin Praktek Dokter Umum** Kabupaten Bandung Barat  
 di -  
Tempat

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

N a m a : .....  
 N I P : .....  
 Pangkat / Golongan : .....  
 Jabatan : Kepala Puskesmas .....  
 Kecamatan .....  
 Kabupaten Bandung Barat.

Setelah dilakukan pemeriksaan langsung dilapangan terhadap sarana dan prasarana bagi pelaksanaan praktek swasta ;

Nama Pemohon : .....  
 Jenis Praktek : .....  
 Nama Tempat Praktek : .....  
 A l a m a t : Jl. ....  
 RT ..... RW ..... Desa .....  
 Kec. .... Kabupaten Bandung Barat  
 Kode Pos ..... Telepon .....  
 Waktu Praktek : Tiap hari Kerja  
 Pagi jam ..... s/d jam .....  
 Sore jam ..... s/d jam .....  
 24 jam, dengan pembagian jaga \*sistem 24 jam / 2 shift / 3 shift.

sesuai dengan persyaratan sebagaimana tercantum dalam Surat Keputusan Kanwil Depkes Jawa Barat No. HK.00.07.1-7.2.1317 A tahun 1999 tentang Juknis Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta (SPKDS), maka seluruh persyaratannya dinyatakan \*SUDAH / BELUM lengkap.

Demikian rekomendasi / pengantar ini disampaikan untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Kepala UPTD

Kepala Puskesmas

.....

.....

.....  
 N I P :

.....  
 N I P :

Catatan :

Diisi lengkap dan dengan huruf kapital  
 \*coret yang tidak