

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON NIP	16080291146. Irma Oktaviani	Tanggal	: 1 Maret	1011
Nama Lengkap : Unit/Divisi/Komite :	Komte Keperawatan Logistik Formulir (diisi oleh petugas logi			TELEPTO CONTROL WATER TO THE TELEPTON OF THE T
No. Telepon/Ext : E-mail :	komite . Reperciwatan husada . com	a Gintan Jumlah s Buffer st	stok formulir lama:	
DATA FORMULIR TERKAIT Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : No/Kode Formulir : No/Kode RM : Bulan Revisi Terkahir : Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir	Revisi Buat Baru COL/F/KPRW/PS(H / (untuk form) Revisi ke-	medis)	PO : :	Paraf 2/3
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain Untuk Kebutuhan kredensia	jika diperlukan, berikan penjelasa 1 Perawut dan Bido	an secukupnya)		
Komponen Perubahan (data diisi menggunakan tambahan kertas lain	Tanda Tangan Penerima, Rani Setia Utami NIP. 15070293069			
(data diisi mengg	Masukan nunakan tambahan kertas lain jika		asan secukupnya)	Tanda Tangan
DI PRINT SERVEN KEBUTUHAN VINIT.				An e/s
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung				Tanda Tangan
Unit/Divisi/Komite			Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekret		Tanda Tangan
		diprint secusi is no form Atsessica		Ran Setta Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direk	tur	Tanda Tangan
		Ac		drg, Muham 13d Hasan marks NIP. 2 N 10183633
*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft		001/F/S	EKRE/RSIH/XII/202	1(Rev.00)



FORMULIR APLIKASI KREDENSIALING

Α.	IDENTITAS			
	Nama	:		
	NIK	1		
	Tempat, Tanggal La	hir :		
	Alamat	:		
В.	STATUS REGISTRA	SI .		
	No STR	:		
	No Ijazah	:		
	Asal Institusi	:		
	Tanggal lulus	:		
	Pendidikan	:		
	Unit Kerja	:		
	Area	:		
	(Berikan checklist (√	pada sa	lah satu kolom)	
 □ Keperawatan Anak □ Keperawatan Maternitas □ Keperawatan Penyakit Dalam □ Keperawatan Bedah □ Keperawatan Kritis (UGD/Intensif Dewasa/Intensif Anak*) Level Klinis:				
	(Berikan checklist () pada sa	ılah satu kolom)	
	Pra klinis PK I PK II PK III PK IV PK V			
C.	STATUS KREDENSI	AL YANG	DIUSULKAN	
	(Berikan tanda checi	list (√) pa	da kotak yang tersedia)	
	☐ Kredensial			
	☐ Re-kredensial			
	☐ Pemulihan kewe	nangan kl	inis	



D. PRASYARAT KREDENSIAL

a.	. Apakah Saudara pernah dilakukan proses kredensial sebelumnya? Kapan? □ YA □ Tidak					
b.	 Apakah Saudara sudah memiliki surat penugasan klinis? Jika memiliki, tulis tangga dan nomor surat tersebut. 					
			out.			
	□Ya					
	م ما ده اه ا		klinis Saudara pernal	n dikurangi/dihekuka	an/dicahut2 Kanan2	
C.		: □Ya		T dikurangi/dibekuke	in/dicabat: Napaii:	
	**************************************	.⊔ra n:⊡Ya				
		: □Ya				
	Jika IYA kapan hal tersebut terjadi					

d.	Apakah S	audara pern	ah terlibat dalam ka	sus hukum berkaita	n dengan kewenangan	
	klinis Saudara?					
	□Ya □ Tidak					
e.	Tuliskan p	orogram CPI) yang Saudara ikuti	dalam 3 tahun terak	khir	
	[T			T		
	No.	Tahun	No Sertifikat	Penyelenggara	Jenis	

f. Kewenangan Klinis yang diusulkan * checklist (√) bila kemampuan saat ini kompeten, dan checklist (√) bila kemampuan saat ini belum kompeten

No.		Kemampuan saya saat ini			
	Kewenangan Klinis	Kompeten	Belum Kompeten		
			S-2179, 2-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3-3		

green .	-	_	B 13/	~ ~	A A	ъ. і
E.	-		NY	Δ.	$\Delta \Delta$	N

Saya menyatakan bahwa segala hal yang tertulis di dalam dokumen ini adalah benar adanya. Apabila di kemudian hari terbukti ada hal yang tidak benar maka saya bersedia menanggung segala konsekuansi sesuai dengan aturan hukum yang berlaku.

	Garut,,
Mengetahui,	Pemohon,
Atasan langsung	
NIK	NIK

Catatan: *) checklist ($\sqrt{}$) pada pilihan yang sesuai