**KOP SURAT FASYANKES**

**Bukti Pelayanan Keprofesian**

Nama : ………………………………………………………………...…..

Nomor SIP : ………………………………………………….…………………

Rentang : 6 bulan atau 12 bulan (\*pilih salah satu)

Periode : Januari-Juni 2024/ Januari-Desember 2024 (\*pilih salah satu)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Bulan** | **Jumlah Pasien** | **Tindakan Intervensi Keprofesian** | **Pemeriksaan lanjutan/lab** |
| 1. | Januari | 101 | Injeksi/Insisi = 20 | Rutin/Widal/…. = 45 |
| 2. | Februari | 125 | Injeksi/hecting = 25 | Rutin/Widal/…. = 30 |
| 3. | Maret | 98 | Injeksi/lainnya = 12 | Rutin/Widal/…. = 26 |
| 4. | April | 150 | Injeksi/bedah = 34 | Rutin/Widal/…. = 72 |
| 5. | Mei | 132 | Injeksi/fiksasi = 13 | Rutin/Widal/…. = 21 |
| 6. | Juni | 122 | Injeksi/………= 70 | Rutin/Widal/…. = 50 |
| Total | 728 | 174 | 244 |

 Kota praktik, tgl-bln-tahun

 **Pimpinan/ Penanggung Jawab**

 **Fasyankes**

Ttd PJ/Pimpinan dan stempel fasyankes

**Nama Pimpinan/Pennaggung Jawab Fasyankes**

 SIP. XXYY

**KOP SURAT (jika ada)**

**Bukti Pelayanan Keprofesia****n Praktik Mandiri**

Nama : ………………………………………………………………...…..

Nomor SIP : ………………………………………………….…………………

Rentang : 6 bulan atau 12 bulan (\*pilih salah satu)

Periode : Januari-Juni 2024/ Januari-Desember 2024 (\*pilih salah satu)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Bulan** | **Jumlah Pasien** | **Tindakan Intervensi Keprofesian** | **Pemeriksaan lanjutan/lab** |
| 1. | Januari | 101 | Injeksi/Insisi = 20 | Rutin/Widal/…. = 45 |
| 2. | Februari | 125 | Injeksi/hecting = 25 | Rutin/Widal/…. = 30 |
| 3. | Maret | 98 | Injeksi/lainnya = 12 | Rutin/Widal/…. = 26 |
| 4. | April | 150 | Injeksi/bedah = 34 | Rutin/Widal/…. = 72 |
| 5. | Mei | 132 | Injeksi/fiksasi = 13 | Rutin/Widal/…. = 21 |
| 6. | Juni | 122 | Injeksi/………= 70 | Rutin/Widal/…. = 50 |
| **Total** | **728** | **174** | **244** |

 Kota praktik, tgl-bln-tahun

Ttd dan stempel Praktik Mandiri (jika ada)

**Materai 10.000**

Nama

SIP. XXYY