

Kop Surat Faskes/Klinik

Bukti Pelayanan Keprofesian (**contoh per 6 bulan**)

Nama : dr. ...

Nomor SIP :

Rentang : 1 bulan / 6 bulan / 1 tahun

Periode : Desember 2024 / Juli – Desember 2024 / Tahun 2024

Nomor	Bulan	Tindakan	Jumlah Pasien
1.	Juli	Pemeriksaan/Diagnosis	30
2.	Agustus	Pemeriksaan/Diagnosis	30
3.	September	Pemeriksaan/Diagnosis	40
4.	Oktober	Pemeriksaan/Diagnosis	40
5.	November	Pemeriksaan/Diagnosis	30
6.	Desember	Pemeriksaan/Diagnosis	30

Bila ada tindakan intervensi, bisa menggunakan tabel berikut

Nomor	Bulan	Tindakan	Jumlah Pasien
1.	Juli	Pemeriksaan/Diagnosis	30
		Insisi	15
		Hecting	15
2.	Agustus	Pemeriksaan/Diagnosis	30
		Injeksi	20
		Fiksasi	10
3.	September	Pemeriksaan/Diagnosis	40
		Injeksi	20
		Insisi	10
		Hecting	5
4.	Oktober	Pemeriksaan/Diagnosis	40
5.	November	Pemeriksaan/Diagnosis	30
6.	Desember	Pemeriksaan/Diagnosis	30

Pilih salah satu tabel dan hapus tulisan bercetak tebal (*bold*)

Kota, dd – mm – yyyy

Penanggung jawab/Direktur RS

xxx

SIP. / NIP