

Faskes Dokel 2022

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Selamat Pagi

Sehubungan akan berakhirnya perjanjian kerjasama Bapel Jamkesos dengan Puskesmas di tahun 2021, maka Kami mohon untuk mengisi GForm ini untuk kredensialing Dokter Keluarga Jamkesos.

Adapun persyaratan dapat di upload dalam Gform ini dalam bentuk file pdf dengan besaran masing-masing 1 MB.

Identitas Faskes ini sebagai data dasar untuk pembuatan Perjanjian Kerjasama. Apabila identitas sudah lengkap akan kami kirimkan softkopi kepada PIC bagian Perjanjian Kerjasama di Faskes ini.

Atas kerjasamanya, Kami sampaikan terima kasih.

Wasalamu'alaikum Wr. Wb.

Hormat Kami

Mohon untuk mengisi data dengan jelas dan Lengkap

1. Persiapan Person in Charge (PIC) Untuk Nama, Jabatan, email, dan No whatsapp pada bagian

- a. Humas
- b. Perjanjian Kerjasama/MOU

2. Pengisian ini juga menyertakan PDF atau upload Foto dari:

- a. Daftar Riwayat Hidup Dokter Keluarga
- b. Profil tempat praktek Dokter Keluarga Jamkesos
- c. STR dan SIP praktek di Dokter Keluarga Jamkesos setempat
- d. NPWP Dokter Keluarga Jamkesos
- e. Rekening Transfer Pembayaran Klaim Dokter Keluarga Jamkesos (Rekening BPD DIY)
- f. Sertifikat/pelatihan Dokter Keluarga Jamkesos (Bila ada)
- g. Tarif Praktek Dokter Keluarga Jamkesos
- h. Kerjasama dengan Nakes Lain seperti
 - 1) Praktek Mandiri Bidan
 - 2) Fisioterapi
 - 3) Gizi klinis
 - 4) Psikologi Klinis
 - 5) Apotik
- i. Denah dan alamat (form terlampir excel)
 - 1) Dokter Keluarga Jamkesos
- j. Dokumentasi tempat praktek berupa foto dalam bentuk softkopi
 - 1) tampak depan
 - 2) Ruang tunggu

- 3) Ruang Pendaftaran
 - 4) Ruang poli
 - 5) Ruang Obat
 - 6) Ruang parkir
 - 7) Denah Ruang Praktek
- k. Alamat email untuk menerima dokumen

3. Persiapkan email untuk menerima dokumen PKS setelah terisi dari formulir online

*** Wajib**

Person in
Charge(PIC)

1. Persiapan Person in Charge (PIC) Untuk Nama, Jabatan, email, dan No whatsapp pada bagian
- a. Humas
 - b. Perjanjian Kerjasama/MOU

1. Nama PIC Humas

2. Jabatan PIC Humas

3. Email PIC Humas

4. No Whatsapp PIC Humas

5. Nama PIC Kerjasama/MOU

6. Jabatan PIC Kerjasama/MOU

7. Email PIC Kerjasama/MOU

8. Nomor Whatsapp PIC Kerjasama/MOU

Identitas faskes Dokter Keluarga Jamkesos

9. Nama Dokter Keluarga

Tandai satu oval saja.

- dr. Astika Cahya Noviana
- dr. Rina Nuryati., [M.PH](#)
- dr. Siti Rahayu
- dr. H. Chusnun Hendarto
- dr. Mahendro Prasetyo K, MMR
- dr. Khamidah Yuliaty., MMR
- dr. Seta Nurhayati Mularum, M.Sc FM
- dr. Sutaris
- dr. Indria Yulianti
- dr. Sulistyowati
- dr. Niken Palupi
- dr. Dela Oktaviana
- dr. Salamah Sri Nurhayati
- dr. Dwi Anna Susanti
- dr. Hari Dwisetiawan
- dr. Trisna Rahmat Hidayat
- dr. Meiria Sari Kusuma Putri
- dr. Hanung Wijaya., MMR
- dr. Nungki Arininta., M.Sc (FM)
- dr. Siti Marlina., M.Sc
- dr. Yuliaty Iskak
- dr. Tari Astuti
- dr. Agung Kurniawan
- dr. Novi Fitri Yani M.Sc(FM)
- dr. Iken Agustina
- dr. T Herjuna Hidayana
- dr. Martha Handoko
- dr. Fauzan
- dr. Niken Sudarningtyas
- dr. Mahendro Prasetyo Kusumo, MMR
- dr. Ellyza Sinaga, MPH.
- dr. Septiana Widya Sari,

dr. Isti Alfradiantina., [M.PH](#)

Yang lain: _____

10. Jalan

11. Dusun

12. Kelurahan/Desa

13. Kecamatan

14. Kabupaten

Tandai satu oval saja.

Kota Yogyakarta

Bantul

Kulonprogo

GunungKidul

Sleman

15. Provinsi

Tandai satu oval saja.

D.I Yogyakarta

Yang lain: _____

16. Kode Pos

17. Nomor Telpon1

18. Nomor Telpon2

19. Nomor Telpon3

20. Faksimail

21. email Dokel1

22. email Dokel2

23. Ijin Operasional Faskes dikeluarkan Oleh

Tandai satu oval saja.

- Dinas Kesehatan DIY
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta
- Dinas Kesehatan Bantul
- Dinas Kesehatan Kulonprogo
- Dinas Kesehatan Gunung Kidul
- Dinas Kesehatan Sleman
- Yang lain: _____

24. nomor Ijin Operasional Faskes

25. Tanggal dikeluarkan Ijin Operasional Faskes

Contoh: 7 Januari 2019

26. Type Faskes Dokel

Tandai satu oval saja.

Perorangan

Klinik

Yang lain: _____

27. Kirimkan Ijin Operasional Faskes

File dikirimkan:

28. Daftar Riwayat Hidup Dokel

Tandai satu oval saja.

Ya

29. Daftar Riwayat Hidup Dokel

File dikirimkan:

30. Memiliki Profil Dokel

Tandai satu oval saja.

Ya

31. Kirimkan Profil Dokel

File dikirimkan:

32. Nomor NPWP Dokel

33. kirim kartu NPWP Dokel

File dikirimkan:

34. memiliki STR dokel

Tandai satu oval saja.

Ya

35. STR dokel berlaku sampai kapan

Contoh: 7 Januari 2019

36. Kirimkan STR

File dikirimkan:

37. Memiliki SIP dokel

Tandai satu oval saja.

Ya

38. SIP dokel berlaku sampai kapan

Contoh: 7 Januari 2019

39. Kirimkan SIP

File dikirimkan:

40. Memiliki Sertifikat Pelatihan Dokter Keluarga

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

41. Kirimkan Sertifikat Pelatihan Dokter Keluarga

File dikirimkan:

42. Ada Jadwal Praktek Dokter keluarga

Tandai satu oval saja.

Ya

43. Kirim Jadwal Praktek Dokter Keluarga

File dikirimkan:

Para Pihak

Para Pihak ini yang nantinya akan menandatangani MOU/PKS
untuk itu dibutuhkan nama yang jelas sesuai Ketetapan Pengangkatannya

44. Nama Pimpinan Faskes

45. jabatan Pimpinan Faskes

Tandai satu oval saja.

Dokter Keluarga Jamkesos

46. Didepan Nomor dokel adalah (Bila Ada)

Tandai satu oval saja.

NIP.

NBM.

NRP.

NIK.

Yang lain: _____

47. Nomor NIP/NBM/NRP/NIK Dokel

48. Nomor SK Dokel (bila Ada)

49. Tanggal SK Dokel (bila Ada)

Contoh: 7 Januari 2019

50. Ditetapkan Oleh

Tandai satu oval saja.

Menteri Kesehatan RI

Gubernur

Bupati

Yayasan

Perusahaan

Kepala Dinas Kesehatan

Yang lain: _____

51. Upload/Kirimkan SK Dokel (bila Ada)

File dikirimkan:

52. Nomor Telpon Dokel (bila Ada)

53. Email Dokel (bila Ada)

**Transfer
Bank**

Nomor Rekening ini akan digunakan untuk transfer uang hasil Klaim yang telah disetujui.

Nomor rekening Bank diutamakan BPD DIY

apabila menggunakan Bank Selain BPD DIY, maka biaya transfer menjadi tanggung Jawab Rumah Sakit.

54. Menggunakan Bank BPD DIY

Tandai satu oval saja.

Bank BPD DIY *Langsung ke pertanyaan 55*

Tidak *Langsung ke pertanyaan 60*

Bank BPD DIY

55. Bank BPD DIY Cabang/Unit

56. atas Nama Rekening

57. Nomor Rekening

58. Fotokan Nomor Rekening

File dikirimkan:

59. Lanjut

Tandai satu oval saja.

Ya *Langsung ke pertanyaan 65*

Bank Selain BPD DIY

60. Nama Bank

Tandai satu oval saja.

Bank BNI 46

Bank Mandiri

Bank BRI

Yang lain: _____

61. Bank Cabang/Unit

62. atas nama rekening Bank selain BPD DIY

63. Nomor Rekening Bank selain BPD DIY

64. Fotokan Nomor Rekening Bank selain BPD DIY

File dikirimkan:

Sarana Prasarana Yang Dipunyai

65.

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisoterpi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poli Psikologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sarpas USG

66. Mempunyai USG

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak *Langsung ke pertanyaan 74*

67. Kondisi Sarpas USG

Tandai satu oval saja.

Terawat Baik dan digunakan di Poli

Terawat Baik tidak digunakan di Poli

Kadang-kadang digunakan

Rusak dan tidak digunakan

Yang lain: _____

68. Siapa Penanggungjawab USG

69. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan penanggung jawab USG

File dikirimkan:

70. Siapa Pelaksana 1 USG

71. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan USG pelaksana 1

File dikirimkan:

72. Siapa Pelaksana 2 USG

73. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan USG pelaksana 2

File dikirimkan:

Sarpas EKG

74. Mempunyai EKG

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

75. Kondisi Sarpas EKG

Tandai satu oval saja.

- Terawat Baik dan digunakan di Poli
- Terawat Baik tidak digunakan di Poli
- Kadang-kadang digunakan
- Rusak dan tidak digunakan
- Yang lain: _____

76. Siapa Penanggungjawab EKG

77. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan penanggung jawab EKG

File dikirimkan:

78. Siapa Pelaksana 1 EKG

79. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan EKG pelaksana 1

File dikirimkan:

80. Siapa Pelaksana 2 EKG

81. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan EKG pelaksana 2

File dikirimkan:

Sarpas Fisioterapi

82. Mempunyai Fisioterapi

Tandai satu oval saja. Ya Tidak *Langsung ke pertanyaan 91*

83. Kondisi Sarpas Fisioterapi

Tandai satu oval saja. Terawat Baik dan digunakan di Poli Terawat Baik tidak digunakan di Poli Kadang-kadang digunakan Rusak dan tidak digunakan Yang lain: _____

84. Fasilitas Fisioterapi untuk terapi

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
Okupasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wicara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Siapa Penanggungjawab Fisioterapi

86. Kirimkan STR, SIP, penanggung jawab Fisioterapi

87. Siapa Pelaksana 1 Fisioterapi

88. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan Fisioterapi pelaksana 1

File dikirimkan:

89. Siapa Pelaksana 2 Fisioterapi

90. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan Fisioterapi pelaksana 2

File dikirimkan:

Sarpas Poli Psikologi

91. Mempunyai Poli Psikologi

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak *Langsung ke pertanyaan 99*

92. Kondisi Sarpas Poli PSikologi

Tandai satu oval saja.

Terawat Baik dan digunakan di Poli

Terawat Baik tidak digunakan di Poli

Kadang-kadang digunakan

Rusak dan tidak digunakan

Yang lain: _____

93. Siapa Penanggungjawab Poli Psikologi

94. Kirimkan STR, SIP, penanggung jawab Psikolog

File dikirimkan:

95. Siapa Pelaksana 1 Psikolog

96. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan Psikolog pelaksana 1

File dikirimkan:

97. Siapa Pelaksana 2 Psikolog

98. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelatihan Psikolog pelaksana 2

File dikirimkan:

Layanan Homecare

99. Mempunyai Layanan Homecare

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak *Langsung ke pertanyaan 107*

100. Layanan homcare berupa

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
Assesmen klinis untuk homecare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perawatan Luka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuhan keperawatan Jiwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuhan Keperawatan Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuhan Perawatan kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuhan Gizi Klinis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuhan Perawatan Paliatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangguan Kecemasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangguan Jiwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101. Siapa Penanggung Jawab Homecare

102. Kirim STR, SIP, Sertifikasi Penanggung Jawab Homecare

File dikirimkan:

103. Siapa Pelaksana 1 Homecare

104. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelaksana 1 Homecare

File dikirimkan:

105. Siapa Pelaksana 2 Homecare

106. Kirimkan STR, SIP, Sertifikasi Pelaksana 2 Homecare

File dikirimkan:

Sistem Informasi Manajemen

107. Mempunyai Website

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

108. Nama Homepage Websit

109. Informasi dalam Websit

Centang semua yang sesuai.

	Ya	Tidak
Pendaftaran online	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunjungan rawat Jalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempat tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jadwal Praktek Dokter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homecare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Home visit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psikologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. Ada informasi Tarif Dokel

Tandai satu oval saja.

Ya

111. Tanggal ditetapkan Tarif Dokel

Contoh: 7 Januari 2019

112. Nomor ditetapkan Tarif Dokel

113. Kirimkan Tarif Dokel yang telah ditetapkan

File dikirimkan:

114. Jarak Dokel dengan RSUD (Km)

115. Jarak Dokel dengan RS Dr. Sardjito (Km)

Kelengkapan administrasi

116. Ada Rekap Dokter, Nakes (form terlampir)

Tandai satu oval saja.

Ya

Tidak

117. Kirim Rekap Dokter, (form terlampir excel)

File dikirimkan:

Pernyataan

Dari yang mengisi Formulir Online Identitas Dokel

118. Pernyataan *

Centang semua yang sesuai.

Identitas pernyataan ini, saya isi dengan sejujurnya. Apabila dikemudian Hari terdapat kesalahan dapat hubungi saya

119. Nama yang membuat pernyataan *

120. Nomor Whatsapp yang membuat pernyataan *

121. Email yang membuat pernyataan *

Terima kasih telah mengisi identitas data secara lengkap.

Periksa email untuk

1. Prosedur Pengajuan MOU
2. Draf MOU masing-masing Faskes
3. Format isian

Konten ini tidak dibuat atau didukung oleh Google.

Google Formulir