

Kepada Yth,

**Ketua Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia
Jln. Teuku Cik Ditiro No. 6, Gondangdia Menteng
Jakarta Pusat 10350**

Dengan hormat,

Bersama ini saya sampaikan Pengaduan Disiplin Dokter dan Dokter Gigi sebagai berikut:

Identitas Pengadu

Nama lengkap :
 Alamat domisili :
 Nomor KTP :
 Telepon :
 Email :
 Kedudukan : (keluarga inti, pihak yang mengetahui/yang kepentingannya dirugikan, atau korporasi (badan) yang dirugikan).

Identitas Kuasa Pengadu

(bila ada) tidak wajib

Nama lengkap :
 Alamat domisili :
 Telepon :
 Email :

Identitas Teradu

Nama Lengkap :
 Nomor STR :(apabila diketahui)
 Nomor SIP :(apabila diketahui)
 Alamat Praktik :

 (alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Nama Lengkap :
 Nomor STR :(apabila diketahui)
 Nomor SIP :(apabila diketahui)
 Alamat Praktik :

 (alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Nama Lengkap :
Nomor STR :(apabila diketahui)
Nomor SIP :(apabila diketahui)
Alamat Praktik :
.....
(alamat tempat praktik sesuai dengan tempat kasus)

Identitas Pasien

Nama Lengkap :
Alamat Domisili :
Tempat/Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : L / P * (pilih salah satu)
Saat di adukan : meninggal dunia/luka berat * (pilih salah satu)

Pokok Pengaduan yang dipilih /sesuai (Pasal 3 ayat (2) Peraturan KKI No. 4 Tahun 2011 tentang Disiplin Profesional Dokter dan Dokter Gigi)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10).....
- 11).....
- 12).....
- 13).....
- 14).....
- 15).....
- 16).....
- 17).....
- 18).....
- 19).....
- 20).....
- 21).....
- 22).....
- 23).....
- 24).....
- 25).....
- 26).....
- 27).....
- 28).....

...../...../.....

Pengadu

(.....)

Keterangan:

Informasi lebih lanjut tentang Tata Cara Penanganan Pengaduan Disiplin Kedokteran/Kedokteran Gigi, dapat menghubungi Sub Bagian Persidangan, Bagian Pelayanan Hukum, Sekretariat KKI di Gd. Konsil Kedokteran Indonesia, Jl. Teuku Cik Ditiro No.6 Gondangdia, Menteng, Jakarta Pusat 10350, telepon (021) 31923192, 31923193 (ext.165/105), faksimili (021) 31923183, atau dapat diperoleh melalui website Konsil Kedokteran Indonesia: www.kki.go.id *Format Pengaduan*

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir:
Alamat domisili :
Nomor KTP :

1. Saya bersedia untuk memenuhi panggilan sidang MKDKI di ruang sidang MKDKI di Gd. Konsil Kedokteran Indonesia, Jl. Teuku Cik Ditiro No.6 Gondangdia, Menteng, Jakarta Pusat, atas biaya sendiri.
2. Apabila saya tidak hadir 2 (dua) kali panggilan sidang sebagaimana yang dimaksud pada angka 1 (satu) maka saya bersedia menerima ketentuan yang berlaku.
3. Saya bersedia mematuhi dan mengikuti Tata Cara Penanganan Pengaduan Disiplin Dokter Dan Dokter Gigi tanpa ada yang dikecualikan, sesuai Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 50 Tahun 2017.
4. Pengaduan yang saya sampaikan ini adalah benar dan sesuai dengan apa yang saya ketahui/alami.
5. Pengaduan ini belum pernah saya sampaikan ke MKDKI dengan Teradu dan Pokok Pengaduan yang sama.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dan ancaman serta dapat dipertanggungjawabkan.

...../...../.....

Pengadu

(Materai)

(.....)