****

|  |
| --- |
| **No. /** |

 **Bidang Kesehatan**

**Checklist Persyaratan**

|  |
| --- |
| **Izin Praktik Perekam Medis (di Fasilitas Kesehatan)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kewenangan** | UP PMPTSP Kecamatan |
| **Pengertian** | Bukti tertulis pemberian kewenangan untuk menjalankan pekerjaan Perekam Medis pada fasilitas pelayanan kesehatan. |
| **Dasar Hukum** | Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis  |
| **Diajukan Melalui Web** | Jakevo |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Persyaratan** | **Ada** | **Tidakada** |
| **1** | Menginput Formulir Tanda Daftar Usaha Kesehatan (Izin Praktik Perekam Medis) secara elektronik melalui *Jakevo.jakarta.go.,id* |  |  |
| **2** | **Identitas Pemohon/Penanggung Jawab (Scan Asli)*** WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP- el*)* dan Kartu Keluarga (KK)
* WNA : Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor
 |  |  |
| **3** | **Jika dikuasakan**Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa |  |  |
| **4** | Izin Sarana :1. Izin Operasional / Sertifikat Standar yang telah terverifikasi untuk sarana kesehatan perpanjangan
2. NIB dan Sertifikat Standar belum terverifikasi untuk sarana kesehatan baru
 |  |  |
| **5** | Surat Tanda Registrasi (STR) Perekam Medis yang masih berlaku (Scan yang dilegalisasi), jika e-STR (lampiran Scan Asli) |  |  |
| **6** | Ijazah (Scan Asli) |  |  |
| **7** | Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) |  |  |
| **8** | Surat pernyataan mempunyai tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan |  |  |
| **9** | Pasfoto terbaru ukuran 4x6 cm berlatar belakang merah |  |  |
| **10** | Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan |  |  |
| **11** | Rekomendasi dari organisasi profesi |  |  |

Kelengkapan Berkas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Langkah Prosedur** | **Tgl Diterima** | **Tgl Penyelesaian** | **Paraf** |
| 1 | Front Office |  |  |  |
| 2 | Tim Teknis* Survey / Tidak Survey
 |  |  |  |
| 3 | Kasubag TU |  |  |  |
| 4 | Kepala Unit PTSP |  |  |  |
| 5 | Petugas penomeran |  |  |  |
| 6 | Front Office |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waktu Penyelesaian** | **Biaya Retribusi** | **Masa Berlaku** |
| untuk praktik perorangan : 7 Hari kerja, faskes: 3 Hari kerja | - | Sesuai STR |

**Catatan**

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*