

**CHEKLIST PERSYARATAN  
IZIN PENYELENGGARAAN PELAYANAN HEMODIALISIS**

**Data Pemohon**

**Nama Pemohon** : \_\_\_\_\_ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
**No. Telp/HP** : \_\_\_\_\_  
**Alamat Email** : \_\_\_\_\_  
**Alamat Pemohon** : \_\_\_\_\_ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)

NO.	URAIAN	YA	TIDAK	KET
1	Surat Permohonan (ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan bematerei 10.000,-)			
2	Foto copy identitas pemohon (KTP dan NPWP)			
3	Fotokopi NIB (Nomor Induk Berusaha) & Izin Operasional terbitan OSS			
4	Salinan/ Fotokopi pendirian Badan Usaha /Badan Hukum			
5	Surat izin operasional Rumah Sakit yang masih berlaku			
6	Khusus Klinik Dialisis diluar Rumah Sakit, melampirkan dokumen perjanjian kerjasama dengan Rumah Sakit			
7	Fotokopi Dokumen UKL-UPL & IPAL			
8	Fotokopi surat yang menyatakan status bangunan (Akte / Hak milik / Sewa / Kontrak)			
9	Fotokopi IMB (Izin Mendirikan Bangunan)			
10	Denah Bangunan dan Peta Lokasi (Geotag)			
11	Daftar Tenaga Medis dan tenaga Non Medis			
12	Fotocopi Ijazah, STR dan SIP Dokter Penanggung Jawab/Pelaksana (Sp.PD- KGH dan atau Sp.PD yang terlatih bersertifikat pelatihan hemodialisis yang dikeluarkan oleh organisasi profesi) dilengkapi dengan Surat Pernyataan sebagai dokter Penanggungjawab (materai 10.000,-)			
13	Fotokopi Ijazah, STR, SIP dan Sertifikat pelatihan hemodialisa Dokter			
14	Fotokopi Ijazah, STR, SIP dan Sertifikat pelatihan hemodialisa Perawat			
15	Fotokopi Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) bagi tenaga kesehatan lain dan Fotokopi Ijazah bagi tenaga non kesehatan			
16	Daftar Prasarana dan Peralatan yang dimiliki beserta foto dokumentasi			
17	Daftar Jenis Pelayanan yang diberikan (dilengkapi dengan SPO/SOP)			
18	Dokumen Profil meliputi Nama dan alamat Lengkap, Visi, Misi, Struktur organisasi pelayanan (diuraikan dalam pembagian tugas dan fungsi dalam penyelenggaraan pelayanan), Daftar peralatan medis dan Non Medis, daftar tarif dan waktu penyelenggaraan			
19	Dokumen Perjanjian kerja sama pembuangan limbah B3 (MoU Limbah medis)			
20	Rekomendasai dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI)			

Indramayu,

Penerima izin .....(.....)

Pemeriksa Izin .....(.....)

