

# Surat Keterangan Kesehatan

Untuk Kepentingan Donor Darah

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter Pemeriksa, menerangkan bahwa:

Nama :

Jenis Kelamin :

Usia :

Alamat :

Setelah dilakukan pemeriksaan kesehatan, yang bersangkutan dinyatakan:

☐ SEHAT

☐ TIDAK SEHAT

dan dapat / tidak dapat melakukan donor darah sesuai standar medis.

....., .....

Dokter Pemeriksa,

( ..... )

SIP: .....