



	REKAM MEDIS RAWAT JALAN / IGD RS PANTI RAPIH - YOGYAKARTA										
	NAMA <u>Sdr. Vey Hapa.</u> <u>muchanag G.</u>			RM <table border="1"><tr><td>4</td><td>1</td><td>4</td><td>3</td><td>6</td><td>3</td></tr></table>			4	1	4	3	6
4	1	4	3	6	3						
Jns.Kelamin <input checked="" type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	Tgl.Lahir : / /		Umur : <u>18</u> <input checked="" type="checkbox"/> th <input type="checkbox"/> bl <input type="checkbox"/> hr	Golongan darah <input type="checkbox"/>							
Kewarga Negara <input checked="" type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA											
PENDIDIKAN	<input type="checkbox"/> TK	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> SLTP	<input checked="" type="checkbox"/> SLTA	<input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi						
STATUS PERKAWINAN	<input type="checkbox"/> BK	<input type="checkbox"/> KW	<input type="checkbox"/> Janda	<input type="checkbox"/> Duda	<input type="checkbox"/> Tidak kawin						
PEKERJAAN	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> ABRI	<input type="checkbox"/> Swasta	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Lain-lain <u>nhs</u>						
AGAMA	<input checked="" type="checkbox"/> ISL	<input type="checkbox"/> RK	<input type="checkbox"/> Krist	<input type="checkbox"/> Hindu	<input type="checkbox"/> Budha						
ALAMAT	<u>mender. rt 02 kel 10</u>			<u>Babaton. Sankul</u>							
			Telpon <u>082 274 32.90</u>								
Nama Orang tua / suami / istri <u>by Sugman.</u> umur : ..... th.											
PEKERJAAN	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> ABRI	<input type="checkbox"/> Swasta	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Lain-lain						
Alamat :	<u>data</u>			Telpon .....							
Alamat di Yogyakarta											
Cara Pembayaran	<input type="checkbox"/> Bayar sendiri	<input type="checkbox"/> ASKES	<input type="checkbox"/> Instansi	<input type="checkbox"/> Pihak lain							
Nama Penanggung Jawab	:										
Alamat Penanggung Jawab	:										
Telpon .....											
Perubahan Alamat -1 :											
Perubahan Alamat -2 :											
Perubahan Alamat -3 :											



# YAYASAN PANTI RAPIH RUMAH SAKIT PANTI RAPIH

Jalan Cik Ditiro 30 Yogyakarta 55223

Telepon : 0274 - 514014, 514845, 563333 (Hunting system) Fax.: 0274 - 564583

0274 - 514008

Instalasi Gawat Darurat

0274 - 514006

Informasi/Pendaftaran

email : admin @pantirapih.or.id http : \www.pantirapih.or.id

## H a l : Pengiriman Penderita

Kepada Yth.

dr. Jaga  
RS PKU Bantul

Dengan hormat,

Dengan ini kami kirimkan penderita untuk dilakukan :

- Nama

Srvelya Muhamad

- Umur

18

L/P:

- Alamat

Diagnosa

as fiks + Cnula

Hasil Pemeriksaan

lab CD 3500 Tertampir

Pertolongan yang telah diberikan :

Samol 1tg 2.183v

Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Dokter yang merawat,





# SERAH TERIMA PASIEN DIRAWAT

RM

## Keadaan umum pasien

Tanda - tanda vital : TD N S P  
Kesadaran :  
Infus :  
Lain-lain :

## Yang diserahkan ke Ruang Perawatan :

- ☐ RM lengkap
- ☐ Foto, ..... lembar
- ☐ Hasil EKG
- ☐ Hasil Scaning
- ☐ Hasil USG
- ☐ Hasil Laboratorium
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

## Pesanan Perawat :

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

Diserah terimakan di ruangan tanggal : ....., pukul .....

## YANG MENYERAHKAN

Nama jelas	Tanda tangan

## YANG MENERIMA

Nama jelas	Tanda tangan

TEMPAT PENUH



# SURAT PENGANTAR DIRAWAT

RM 41 43 63

PERLU RUANG PERAWATAN  
KHUSUS / BIASA

POLIKLINIK, .....

Kepada Yth.

dr.

RS Panti Rapih

Mohon dirawat pasien :

Nama

Jenis Kelamin

Umur

Diagnosa sementara

dr. Vefly muhamad

18 thp.

akut + trauma

## PROGRAM MEDIK

Pemeriksaan Laboratorium

EKG / Rdiologi / USG / CT-Scan

Tindakan / Therapi sementara

CATATAN

Yogyakarta, .....

Dr. ....

01 MAR 2004



FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU  
POLIKLINIK RS. PANTI RAPIH

NAMA PASIEN

VEYLIA MUCHAMAD, 6

Kewarganegaraan

☒ WNI ☐ WNA

Jenis Kelamin ☒ L ☐ P

Tgl. Lahir :

Umur : 18 th bl hr

Golongan Darah : ☐

PENDIDIKAN

☐ None

☐ SD

☐ SLTP

☐ SLTA

☐ D1

☐ D2

☒ D3

☐ S1

☐ S2

☐ S3

STATUS PERKAWINAN

☐ BK

☐ KW

☐ Janda

☐ Duda

☐ Tidak Kawin

PEKERJAAN

☐ PNS

☐ ABRI

☐ Swasta

☐ Wiraswasta

☐

AGAMA

☐ Islam

☐ Katholik

☐ Kristen

☐ Hindu

☐ Budha

ALAMAT : Jl / Dusun ..... Menden 202 / 10 ..... RT 02 ..... RW 10

Kelurahan/Desa ..... Babatan ..... Kecamatan ..... Bantul

Kabupaten ..... Bantul ..... Telp ..... 082.2743299

NO. KTP / SIM : 8512144.90.165

Nama Orang tua / suami / istri ..... Bt Sugiman ..... umur ..... th.

PEKERJAAN

☐ PNS

☐ ABRI

☐ Swasta

☐ Wiraswasta

☐ Lain-lain

ALAMAT : Jl / Dusun ..... RT ..... RW

Kelurahan/Desa ..... Kecamatan

Kabupaten ..... Telp

NOMOR KTP : .....

Cara Pembayaran ☐ Bayar Sendiri ☐ ASKES ☐ Instansi ☐ Pihak Lain

Nama Instansi / ASKES / Asuransi : .....

Tanggal Periksa : / /

Poliklinik yang dikehendaki :

☐ P. Dalam

☐ P. Anak

☐ P. Kulit & Kelamin

☐ P. Bedah

☐ Umum

☐ P. Mata

☐ P. Kebidanan

☐ P. Syaraf

☐ P. THT

☐ P. Gigi

☐

Nama dan Tanda tangan.



# Apotek " CINTA FARMA "

Jl. Ring Road Utara No. 5, Pugeran  
Maguwoharjo, Sleman, Yogyakarta  
Telp. (0274) 886510



dr. Ika Sintia

SIP : 446/0405/III - 08

Yogyakarta, ..... 11 / 2004

3

R/

Kepada Yth.

UGD Rl Panti Rapih

Mohon perawatan pasien

dengan Observasi febris

Atas perhatiannya BTK

dr. Ika Sintia

Pro :

Umur :

Alamat :

Tgn/Bln/hari