|  |  |
| --- | --- |
| Tanggal Cetak | :${tanggal\_cetak} |

**IDENTITAS PASIEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. Rekam Medis | : | ${no\_rm} |
| Nomor Identitas Pasien | : | ${nomor\_identitas} |
| Nama Lengkap | : | ${nama\_lengkap} |
| Jenis Kelamin | : | ${jenis\_kelamin} |
| Golongan Darah | : | ${golongan\_darah} |
| Tempat, Tanggal Lahir | : | ${ttl} |
| Status Pernikahan | : | ${status\_perkawinan} |
| Nomor Telepon | : | ${nomor\_hp} |

**ALAMAT PASIEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alamat Lengkap | : | ${alamat} |
| Kelurahan | : | ${kelurahan} |
| Kecamatan | : | ${kecamatan} |
| Kabupaten/kota | : | ${kabupaten\_kota} |
| Provinsi | : | ${provinsi} |
| Kode Pos | : | ${kode\_pos} |