



**RUJUKAN PASIEN  
KLINIK SPESIALIS**

Kepada Yh

Ts.....

Di RS/ Klinik/ Instalasi..... *hemodialisa*

Bersama ini kami kirimkan penderita:

Nama : *ny. Damarian S*

Umur : *66 t*

Alamat : *pd Labu Rt 08/03.*

Diagnosa: *ced 0 an HM.*

Mohon pemeriksaan/ tindakan/  
pengobatan..... *hemodialisa rta 2x seminggu*

Atas bantuannya kami ucapkan terima kasih

Jakarta, *14-9-2014*

Dokter pemeriksa

*Dr. Imam Effendi, Sp.PD, KGH*

SIP/1.2.01.3171.2264/47003/08.16.1

DR. Dr. Imam Effendi SpPD KGH

*are to do this*

*[Signature]*

*Aemul w*



Rumah Sakit Setia Mitra  
RS Fatmawati No. 80-82 Cilandak  
Jakarta Selatan, 021-7656000, Fax. 021-7656875

### SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Ny. Damerlan. S ..... L / P  
Umur : 66 th .....  
No Kartu BPJS : 0001337908149 .....  
Diagnosa Utama : CKD 2 on HD .....  
Diagnosa Penyerta : hipertensi .....  
Jadwal HD : HD rutin 2 x seminggu .....

Adalah benar pasien dengan hemodialisa rutin. Dikarenakan dengan kondisi medis demikian pasien masih membutuhkan tindakan hemodialisa seumur hidup atau sampai pasien sembuh. Sehingga yang bersangkutan tidak membutuhkan surat rujukan dari Puskesmas setiap bulan untuk HD rutin.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atas kerjasamanta kami ucapkan terima kasih.

Jakarta, 27-9-2014 .....

ase +00 2014  
Jalre  
Acut. w.

Dr. Iman Effendi, Sp. ...  
SIP. 120. 3471220140000000

(.....)