

## SURAT KETERANGAN DOKTER (MEDICAL CERTIFICATE)

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :  
I, the undersigned state that :  
No : .....

Nama : TRIAS KATERINA, Ny  
Name :  
Jenis Kelamin : MR : 00102811 JK : P TL : 29-07-1984  
Sex : Poli : OB/GYN  
Umur : Dr : Achmad Mediana, SpOG  
Age : Pnj :  
Diagnosa Medis : Infertilitas primer pasca Inseminasi  
Medical Diagnosis :

Dari hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan, pasien tersebut :  
From the results of the examination has been performed, the patient :

- ☐ Memerlukan cuti melahirkan dari tanggal ..... s.d .....  
Required maternity leave from the date ..... until .....
- ☒ Memerlukan istirahat dan selama ..... hari, dari tanggal ..... s.d tanggal .....  
Required rest and should not do strenuous activity for ..... days, from the date ..... until .....
- ☐ Dalam keadaan sehat/ tidak sehat dan diizinkan/ tidak diizinkan melakukan perjalanan dengan pesawat terbang  
Good condition and health for travelling by airplane
- ☐ Dirawat sejak tanggal ..... s.d tanggal .....  
Hospitalized since ..... until .....

Surat keterangan ini dikeluarkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya  
This letter is for the use specified only

Jakarta, Januari 02, 2021

dr. dr. Achmad Mediana, SpOG  
SIP : 12.01.3171.025581.040803.12.3

A/RM/037/2015