



KLINIK "WAHYU 2"

No. Izin : 445.5/0920/DINKES/2017

Jl. Raya Pondok Kacang No. 16 RT. 03/03

Kel. Pondok Kacang Timur

Pondok Aren Kota Tangerang Selatan 15226

Telp. (021) 7311940, 0818 690 791



SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama :

lusi

Jenis Kelamin : *L*

Umur :

15/01-22

pada tanggal sudah dilakukan pemeriksaan

kesehatan dari orang tersebut di atas dan ternyata hasilnya :

a. Baik

b. Perlu istirahat karena sakit selama (*1* *hari*)
hari, sejak tanggal *20/01-22* s.d.

c. Hanya berobat tidak perlu istirahat.

Demikian untuk diketahui adalah,

BB :

TB :

TD :

Diagnosa ☐ = *Demam*

Test buta warna ☐ +

(Ishihara's test) ☐ -

Tangerang Selatan,

Dokter

dr. Ninda Surastyo

SIP 446 1/2648/02-DPMPTSP/OL/2019

