

Nomor Surat : KRUJUAKAN/AR0601/03/2018/0006

**SURAT RUJUKAN**

Yang terhormas T.S : Spesialis Bedah Saraf  
 Poli Klinik : GIZI  
 Rumah Sakit :  
 Alamat :

Mohon pemeriksaan / pengobatan lebih lanjut / pemeriksaan penunjang diagnostik terhadap penderita:

Nama Pasien : MAULIATE TEST  
 Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Umur : 19 Tahun  
 Pekerjaan :  
 Alamat : RE  
 Dokter Pemeriksa : dr. Dinda Genisya Utami  
 SIP :

**KETERANGAN**

Anamnesa	Pasien datang dengan keluhan
Pemeriksaan Fisik	Tinggi Badan : Cm Berat Badan : Kg Tekanan Darah : mmHg Denyut Nadi : kali /menit
Diagnosa Sementara	
Terapi/ Obat yang telah diberikan	OBIMIN - AF BLISTER TAB @ 30 ( , FUROSEMIDE 40 MG (DUS 200 TAB) , SPIROLACTON 100MG
Keterangan Lain	-
	10MG TAB@30 ,

Demikian surat keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana perlunya.

*Terimakasih*  
*Semoga Sehat Selalu*

Jakarta, 07 March 2018  
 Dokter Pemeriksa

**dr. Dinda Genisya Utami**