

## RJTL. 189964

## **SURAT RUJUKAN**

| Telp: 021-77219924          |  |                                     |
|-----------------------------|--|-------------------------------------|
|                             | Kepada Yth Teman Sejawat:  | Depok, 18-05-2020                   |
|                             |  | Spentales Reolog Vastuce,           |
|                             |  | AN PREMIET Saknegor                 |
| Bersama ini mohon pemer     | riksaan:   |                                     |
| Pasien                      | : T. Doumadi   |                                     |
| NIK / Band Posisi           | . 460-424 - 000  | /v                                  |
| Hak Kelas                   | :2   |                                     |
| Kepala Keluarga             | . 29   |                                     |
| Lokasi Kerja / Lokasi Tagih | 1: 15 Tellosm  |                                     |
| No. Telp. Kantor / Rumah    | : K  | /R                                  |
| Anamnese                    | ajon D. Edu.   | JGPD UNIL                           |
|                             | evaluar CPC-turn   | -cliny                              |
|                             | The same of the sa |                                     |
|                             | 7 4-   |                                     |
| Diagnosa                    | :  | (ICD X)                             |
| Therapi yang telah diberika | an :   |                                     |
| Saya menyatakan untuk me    | mberikan persetujuan kepada d  | lokter Perusahaan/RS untuk          |
| memberikan data kesehatar   | n dan tindakan medis terhadap j  | pasien kepada perusahaan            |
|                             |  | Terima Kasih                        |
|                             |  | Salam Sejawat                       |
|                             | Telko  | Medika                              |
|                             | Health<br>IL Report  | Center Depok<br>Cartini No.17 Depok |

## **SURAT UNTUK TAGIHAN**

Catatan : - Kelebihan biaya pengobatan ditanggung sendiri - Berlaku satu minggu sejak tanggal diterbitkan
\*) Coret yang tidak perlu