

AREA JAKARTA

SURAT RAWAT INAP

Teman Sejawat:

Bersama ini mohon rawat inap / opname Th. Sut jpho.

Pasien

NIK / Band Posisi

Kepala Keluarga

Lokasi Kerja

No. Telp. Kantor / Rumah

Diagnosis Kerja

Hak Kelas Perawatan

Therapi yang telah diberikan

Saya menyatakan untuk memberikan persetujuan kepada Dokter Perusahaan/ RS untuk memberi data kesehatan dan tindakan medis terhadap pasien kepada perusahaan

Tanda Tangan Penderita / Keluarga

(Nama jelas)

Terima Kasih Salam Sejawat

SIP. 12/B.15a/31.75 04/-1.779.3/e/2018

Catatan: 1. Berlaku satu minggu sejak tanggal diterbitkan, dapat diperpanjang dengan konfirmasi

Kelebihan biaya karena perawatan dikelas yang lebih tinggi dan biaya tindakan diluar medis (tisssue, telepon, pemesanat skanan) tidak ditanggung Yakes Telkom