

Yang bertanda-tangan di bawah ini  
*The undersigned below:*

Nama/Name: \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin/Gender: • Pria / Male • Wanita / Female

Alamat/Address: \_\_\_\_\_

Telpon/Phone: \_\_\_\_\_

**Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah memberikan  
PERSETUJUAN BIAYA & PEMERIKSAAN PET/CT-Scan  
By this has given APPROVAL on PET/CT-Scan Cost and Procedures**

Terhadap/ For: • diri saya/myself • istri/wife • suami/husband • anak/children  
• orangtua/parent • Lainnya/Others \_\_\_\_\_

Bernama/Named: \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir / Birthdate: \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin/Gender: • Pria / Male • Wanita / Female

Alamat/Address: \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

Telpon/Phone: \_\_\_\_\_

Ruangan/Room: \_\_\_\_\_

No. Rekam Medik/Med. Record: \_\_\_\_\_

**RINCIAN BIAYA / COSTS:**

FDG\* Rp: \_\_\_\_\_

PET/CT-Scan \_\_\_\_\_ Rp: \_\_\_\_\_

**TOTAL** Rp: \_\_\_\_\_

\*Kondisi FDG yang meluruh habis dengan waktu sehingga pemakaian untuk pemeriksaan harus disiapkan secara khusus, maka biaya FDG tidak dapat dikembalikan dan harus dibayar kembali untuk pemakaian di jadwal pemeriksaan yang baru jika terjadi keterlambatan kedatangan, pembatalan mendadak, atau hal-hal lain yang menyebabkan jadwal pemeriksaan tertunda yang disebabkan oleh pasien. *(The FDG has a half life time condition and the usage for the examination should be specially prepared therefore the cost of FDG is unrefundable and must be paid for usage in different schedule if any late arrival, sudden appointment cancellation or others that may postpone the schedule occur).*

1. Hasil pemeriksaan berupa foto atau film (sesuai jenis pemeriksaan), soft copy CD dan hasil bacaan tertulis dalam bahasa Indonesia.
2. Konsultasi hasil pemeriksaan dilakukan oleh Dokter Pengirim.

Hasil diambil hari / tgl : \_\_\_\_\_

Jam : \_\_\_\_\_

Jakarta, \_\_\_\_\_

Pasien / Keluarga Yang Mewakili  
Patient / Authorized Family Member

Dokter / Doctor

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )