

Surat Keterangan Diagnosis
(Certificate of Diagnosis)

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa
I, the undersigned state that Thaya Arsh

Name
Name

No Rekam Medis
Medical Record Number

Dengan ini memberi kuasa kepada doktor gigi OMDC yang telah memeriksa atau merawat Saya kerana sebab apapun, untuk memberikan keterangan lengkap, termasuk riwayat medis Saya sebelumnya, kepada pihak perusahaan/asuransi.

Saya menyatakan semua yang tertulis ini benar adanya dan dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun. Fotokopi dari surat keterangan ini akan berlaku seperti aslinya.

I hereby authorize any dentist of OMDC, who has been giving me health services due to whatever the causes are, to give my medical information, including my past medical history, to company insurance.

I declare that all this statement was written truthfully without force from anyone. Copy of this statement should be as valid as the original.

Tanda tangan pasien/wali,
Patient/guardian signature.

Nama (Name)

Diisi oleh dokter gigi (to be filled in by dentist)

Diagnosis Utama : 81 persistensi
The Main Diagnosis

Diagnosis tambahan :
Additional Diagnosis

Jakarta,/.....19.....20.....23

**OMDC
KIDZ DENTAL**

drg. ARIE NUR AGZAR S. BA
SIP: 11/2 29.0/31.7/18.1003-1.779.3.20
drg.

OMDC
KIDZ DENTAL

JL. FATMAWATI RAYA NO. 27B, CILANDAK
JAKARTA SELATAN, 12410 – TELP (021) 766 1938

Nama Pasien : INAYA AISHA R
Telah Terima Dari : ICHWANUDIN THOHIR
Nama Dokter : drg. R.A. ARIE NURFAUZIAN S. | Dokter Gigi Umum
Ruang Tindakan : CARNIVAL

NOMOR :

OMDC/2023/APRIL/A040401

Tanggal : 27 April 2023

No	Perawatan	Harga	Qty	Jumlah
1.	PASIENT NON ORTHO			
2.	KONSULTASI	90.000	1	90.000
3.	PENCABUTAN ANAK - SOSIAL		1	-
		249.000	1	249.000

TOTAL TAGIHAN	:	139.000
---------------	---	---------

TOTAL PEMBAYARAN	:	339.000
------------------	---	---------

Type Payment : 339.000
TUNAI

27/04/2023 19:36