



# FORMULIR RAWAT JALAN

Nama Pasien : Rosmalia  
No. Rekam Medis : 00-20-00  
Tanggal Lahir : 11-08-1977  
Jenis Kelamin : ☐ Lk ☒ Pr

Nama Asuransi/Perusahaan (Insurance Name/Corporate) :

No. Polis/No. Karyawan (Polis Number/Employee Number) :

## Informasi Medis / Medical Information

Anamnesa  
Anamnesis

kanan mama . Konsultasi KB.  
MTA : 16/5/2023

Diagnosa  
Diagnosis

Mioma Uteri (benih).

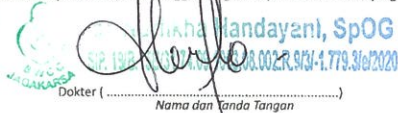
Terapi  
Therapy

Suntik DMHA.

Anjuran  
Advice

psusah berburung 24/8/2023

- Dengan ini saya selaku pasien/tertanggung mengijinkan diagnosa penyakit saya diberitahukan oleh Dokter yang merawat saya kepada pihak ke 3.
- Saya dengan ini membebaskan dan melepaskan setiap pihak yang terkait dari setiap gugatan, tuntutan, komplain, dan tindakan hukum lainnya yang sejenis baik secara perdata maupun pidana sehubungan dengan pemberian dan/atau pelaksanaan kuasa dan ijin ini.
- Saya wajib membayarkan dan/atau membayar segala biaya tindakan medis yang termasuk kelebihan biaya dan pengecualian yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis asuransi.

  
Dokter ( ..... )  
Nama dan Tanda Tangan

Pasien ( ..... )  
Nama dan Tanda Tangan

  
**BWCC Jagakarsa Clinic**  
Jl. Jagakarsa Raya No.7 RT007 RW04 Kelurahan Jagakarsa, Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan, 12620.  
Telp. - Fax. 022  
JAKARTA - Jl. Jagakarsa Raya

Reg. Number : 2306050041  
Bill No. : OP-00010123  
Print : ASLI

## KWITANSI

Sudah terima dari

TN. AGUS SETIAWAN

Nama Pasien

Rosmalia

Jumlah \*

Rp. 636.434.00


Terbilang

ENAM RATUS TIGA PULUH ENAM RIBU EMPAT RATUS TIGA PULUH EMPAT RUPIAH

Untuk pembayaran

PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN DR. NURFIKHA HANDAYANI, SPOG




 ALBANY, N.Y.  
 SEP 24 1894  
 24