

SURAT JAMINAN PELAYANAN (SJP)
SJP-RJT No. RJ17000070

| | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|-----------------|
| 1. Tanggal Berobat | : 10-08-2017 | Nomor Register | : RJ17000070 |
| 2. Nomor Rujukan | : | Nomor Medrec | : 000025 |
| 3. Tanggal Rujukan | : | Nama Pasien | : 0001794302065 |
| 4. Asal Rujukan / Kode PPK | : / | Jenis Kelamin | : PEREMPUAN |
| 5. Diagnosa Asal Rujukan | : | Tanggal Lahir | : 27-06-1998 |
| 6. Tujuan Rujukan | : POLI BEDAH | Nomor Kartu JAMSOSKES | : |
| 7. Penunjang | : 1)___LAB 2)___USG 3)___EKG 4)___FISIOTHERAPI | Kepesertaan | : |
| 8. Rujukan Intern Ke | : 1). 2). | | |

| Kode | Diagnosa / ICD 10 | Paraf Dokter |
|-------|---------------------------|--------------|
| | 1)..... | |
| | 2)..... | |
| | 3)..... | |
| Kode | Terapi / Tindakan / ICD 9 | Paraf Dokter |
| | 1)..... | |
| | 2)..... | |
| | 3)..... | |

Dokter Yang Melayani

(.....)

BERKAS INI TIDAK DIBAWA PULANG

| | | | |
|-------------------|--------------|--------------|-----------------|
| No. SJP | : RJ17000070 | Nomor Resep | : |
| Nomor Kartu Askes | : | Nomor Medrec | : 000025 |
| Status | : | Nama Pasien | : 0001794302065 |
| Jenis Kelamin | : PEREMPUAN | | |

| | | | | |
|-----------------|-------|-------|--------|----------|
| R \ Nama Obat : | Hari | Signa | Jumlah | Biaya |
| R_/..... | | X | | Rp. |
| R_/..... | | X | | Rp. |
| R_/..... | | X | | Rp. |
| R_/..... | | X | | Rp. |
| R_/..... | | X | | Rp. |
| R_/..... | | X | | Rp. |

Tanggal, 10-08-2017

Tanda Tangan Pasien