

SURAT JAMINAN PELAYANAN (SJP)  
SJP-RJT No. RJ18000366

|                            |   |                         |                 |
|----------------------------|---|-------------------------|-----------------|
| 1. Tanggal Berobat         | : 27-01-2018  | Nomor Register          | : RJ18000366    |
| 2. Nomor Rujukan           | :   | Nomor Medrec            | : <b>008099</b> |
| 3. Tanggal Rujukan         | :   | Nama Pasien             | : SAMIKNA       |
| 4. Asal Rujukan / Kode PPK | : /   | Jenis Kelamin           | : PEREMPUAN     |
| 5. Diagnosa Asal Rujukan   | :   | Tanggal Lahir           | : 25-08-1977    |
| 6. Tujuan Rujukan          | : IGD (Intalasi Gawat Darurat)                      | Nomor Kartu<br>PENJAMIN | :               |
| 7. Penunjang               | : 1)__LAB    2)__USG    3)__EKG<br>4)__FISIOTHERAPI | Kepesertaan             | :               |
| 8. Rujukan Intern Ke       | : 1).<br>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           | : RJ18000366 | Nomor Resep  | :               |
| Nomor Kartu Askes | :            | Nomor Medrec | : <b>008099</b> |
| Status            | :            | Nama Pasien  | : SAMIKNA       |
| 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, 27-01-2018

Tanda Tangan Pasien