



SURAT PEMINTAAN RAWAT INAP

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Dokter yang memeriksa : null

Menyatakan bahwa :

Nama Pasien : **null**

No. Rekam Medis : null

Jenis Kelamin : null

No. Telepon : null

Asal Unit / Poli : null

Jenis Bayar : null

Diagnosa Awal : null

DPJP : null

Catatan : null

Memerlukan perawatan rawat inap di RS. Akademis Jaury Jusuf Putera Makassar.

Makassar, 08 April 2025

Dokter Penanggung Jawab,


null