

SURAT KETERANGAN DOKTER
Medical Certificate

Dengan ini menerangkan bahwa:
This is to certify that:

Nama Lengkap : MY. KUSTIAN (Tempelkan Stiker Identitas Pasien)
Name

Tanggal Lahir : _____ No. Rekam Medis: _____
D.O.B M.R No.:

☒ Perlu istirahat dari 31-05-2021 s/d 31-05-2021
Sick leave from to

☐ Dirawat di Rumah Sakit dari _____ s/d _____
Is hospitalized from to

☐ Cuti Hamil. Perkiraan persalinan tanggal _____
Maternity leave. Date of expected birth

☐ Rencana Tindak Lanjut _____
Follow up plan

Jakarta, 31/5/2021

dr. Bambang Bingsawa Sp. OG
Spesialis Kebidanan dan Kandungan
SIP 53104/107509/17273/2016

Full Name and Signature

Attending Phycsian

Keterangan: Lembar 1 : Pasien Lembar 2 : Rekam Medis

Jl. Raya Bogor Km 22 No. 44 Jakarta Timur 13830
Telp : (021) 8400257 – Fax : (021) 87781247 – IGD : (021) 87793802

SMC.02.1120.080/Rev.00