|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK**  **TIARA**  Jl. Raya Serang Km 14.5 No.1 Pasir Gadung Kec. Cikupa, Kab. Tangerang ( Banten ) 15710,  Telp: ( 021) 5961999 Ext : 8961 Fax: ( 021 ) 5960699  email **:** [**rsiatiara**](mailto:rsiatiara@yahoo.co.id)**11@gmail.com**, IG : rsia.tiara | | | |
| **FORMULIR PERMINTAAN RAWAT INAP** | | | |
| Kepada yth | : dr. ……………………………………………………………………………………………………… | | |
| Nama | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Umur | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Jenis Kelamin | : □ Laki – Laki □ Perempuan | | |
| No RM | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Asal Pasien | : □ IGD □ Rujukan □ Poli Klinik | | |
| Menuju Ruangan | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Diagnosis | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Keterangan | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
|  | | Tangerang, …………………20….. | |
| Petugas  (………………………………………)  Nama & tanda tangan | | | Dokter Pengirim  (………………………………………)  Nama & tanda tangan |
|  | | | |  | | --- | | RM.Frm.p.rawat.2020 | |
| **RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK**  **TIARA**  Jl. Raya Serang Km 14.5 No.1 Pasir Gadung Kec. Cikupa, Kab. Tangerang ( Banten ) 15710,  Telp: ( 021) 5961999 Ext : 8961 Fax: ( 021 ) 5960699  email **:** [**rsiatiara**](mailto:rsiatiara@yahoo.co.id)**11@gmail.com**, IG : rsia.tiara | | | |
| **FORMULIR PERMINTAAN RAWAT INAP** | | | |
| Kepada yth | : dr. ……………………………………………………………………………………………………… | | |
| Nama | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Umur | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Jenis Kelamin | : □ Laki – Laki □ Perempuan | | |
| No RM | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Asal Pasien | : □ IGD □ Rujukan □ Poli Klinik | | |
| Menuju Ruangan | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Diagnosis | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| Keterangan | : ………………………………………………………………………………………………………….. | | |
|  | | | Tangerang, …………………20….. |
| Petugas  (………………………………………)  Nama & tanda tangan | | | Dokter Pengirim  (………………………………………)  Nama & tanda tangan |
|  | | | |  | | --- | | RM.Frm.p.rawat.2020 | |