

SURAT JAMINAN PELAYANAN (SJP)  
SJP-RJT No. RJ19015838

|                            |   |                      |                        |
|----------------------------|---|----------------------|------------------------|
| 1. Tanggal Berobat         | : 2019-10-03  | Nomor Register       | : RJ19015838           |
| 2. Nomor Rujukan           | :   | Nomor Medrec         | : <b>015284</b>        |
| 3. Tanggal Rujukan         | :   | Nama Pasien          | : VERAWATI BINTI MEIDI |
| 4. Asal Rujukan / Kode PPK | : /   | Jenis Kelamin        | : PEREMPUAN            |
| 5. Diagnosa Asal Rujukan   | :   | Tanggal Lahir        | : 11-02-1982           |
| 6. Tujuan Rujukan          | : POLI OB-GYN (Kebidanan Dan Kandungan)                 | Nomor Kartu 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           | : RJ19015838 | Nomor Resep  | :                      |
| Nomor Kartu Askes | :            | Nomor Medrec | : <b>015284</b>        |
| Status            | :            | Nama Pasien  | : VERAWATI BINTI MEIDI |
| 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, 2019-10-03

Tanda Tangan Pasien