

SURAT JAMINAN PELAYANAN (SJP)
SJP-RJT No. RJ19015353

| | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|-----------------------------|
| 1. Tanggal Berobat | : 2019-09-18 | Nomor Register | : RJ19015353 |
| 2. Nomor Rujukan | : | Nomor Medrec | : 014886 |
| 3. Tanggal Rujukan | : | Nama Pasien | : ANNASYA SAILA BINTI ROBBI |
| 4. Asal Rujukan / Kode PPK | : / | Jenis Kelamin | : PEREMPUAN |
| 5. Diagnosa Asal Rujukan | : | Tanggal Lahir | : 11-02-2017 |
| 6. Tujuan Rujukan | : POLI ANAK | Nomor Kartu PENJAMIN | : |
| 7. Penunjang | : 1)___LAB 2)___USG 3)___EKG 4)___FISIOTHERAPI | Kepesertaan | : |
| 8. Rujukan Intern Ke | : 1). 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 | : RJ19015353 | Nomor Resep | : |
| Nomor Kartu Askes | : | Nomor Medrec | : 014886 |
| Status | : | Nama Pasien | : ANNASYA SAILA BINTI ROBBI |
| 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, 2019-09-18

Tanda Tangan Pasien