

SURAT JAMINAN PELAYANAN (SJP)  
SJP-RJT No. RJ19015629

|                            |   |                      |                             |
|----------------------------|---|----------------------|-----------------------------|
| 1. Tanggal Berobat         | : 2019-09-26  | Nomor Register       | : RJ19015629                |
| 2. Nomor Rujukan           | :   | Nomor Medrec         | : <b>012728</b>             |
| 3. Tanggal Rujukan         | :   | Nama Pasien          | : NINING SALMA BINTI M. ALI |
| 4. Asal Rujukan / Kode PPK | : /   | Jenis Kelamin        | : PEREMPUAN                 |
| 5. Diagnosa Asal Rujukan   | :   | Tanggal Lahir        | : 10-04-1960                |
| 6. Tujuan Rujukan          | : POLI PENYAKIT DALAM                                   | 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           | : RJ19015629 | Nomor Resep  | :                           |
| Nomor Kartu Askes | :            | Nomor Medrec | : <b>012728</b>             |
| Status            | :            | Nama Pasien  | : NINING SALMA BINTI M. ALI |
| 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, 2019-09-26

Tanda Tangan Pasien