

FORM PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. RM	RM-000007	Tanggal	2024-05-26
Nama Pasien	Kiki Ramadhani	Dokter	.....
Umur	23	Unit	Poli .....
Alamat	-	Diagnosa	.....

Darah	Urine	Feses
Darah Muda	hemoglobin	Jantung
		Detak Jantung

Printed : 16/05/2024 10:46:32

Bersedia diambil sample		Jam diterima :  Jam diserahkan :	
Yang Menyerahkan  (.....)	Yang Menerima  (.....)	Yang Menerima  (.....)	Yang Menyerahkan  (.....)