FORM PENGANTAR RAWAT INAP

Tanggal: Ruangan: Ruangan: Status: Umum / Jamsostek / Askes / Corporate		
Nama Pasien Usia Alamat	: 35	APRIANI L/P L/E no 36
Nama Penanggung Jawab Alamat Hubungan dengan	BELIEF	CAHAM LE DOSE
Pasien Diagnosa Sementara		re the truly
Pasien dan Penanggung Jawab sudah dijelaskan mengenai perawatan yang akan dilakukan		
Petugas RS Dokter / Perawat / Bio	dan	Penanggung Jawab Pasien
S51.4.1/423/IP.DU/VII/404.5.2/2017 (RSU BUNDA WASSUNG ASRI)		(OMOTPUL AHAM)
Saksi		Saksi
()	()