

Nirna

## FORM PENGANTAR RAWAT INAP

Tanggal : ..... Ruangan : ..... Febru 4

Status : Umum / Jamsostek / Askes / Corporate

Nama Pasien

Usia

Alamat

Nama Penanggung

Jawab

Alamat

Hubungan dengan

Pasien

Diagnosa Sementara

Pasien dan Penanggung Jawab sudah dijelaskan mengenai perawatan yang akan dilakukan

Petugas RS

Dokter / Perawat / Bidan

dr. Nermawan Putra

51.1.1/15210 DU/IV/420.5.0100.

( ..... )

Saksi

Penanggung Jawab

Pasien

( EMMY. L ..... )

Saksi

( ..... )

( ..... )