|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H:\FORM EDIT\Logo kota malang jawa timur.png | PEMERINTAH KOTA MALANG  DINAS KESEHATAN  **PUSKESMAS RAMPAL CELAKET**  Jl. Simpang Kasembon No.5 Telp. (0341) 356380  [www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id](http://www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id) e-mail : [puskrampalcelaket@malangkota.go.id](mailto:puskrampalcelaket@malangkota.go.id)  MALANG Kode Pos : 65111 | H:\FORM EDIT\logo-puskesmas (1).png |

**SURAT PERNYATAAN DOKTER**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ${nama\_dokter}

FKTP : Puskesmas Rampal Celaket

Menyatakan bahwa pasien dibawah ini :

Nama pasien : ${nama\_pasien}

No BPJS : ${no\_bpjs}

Tanggal lahir : ${tanggal\_lahir}

Alamat : ${alamat\_pasien}

Telah dinyatakan stabil berdasarkan :

Pemeriksaan : Tensi = ${tensi} Nadi = ${nadi}

Suhu = ${suhu} Berat Badan = ${berat\_badan}

Tinggi badan = ${tinggi\_badan}

Obat rutin : ${obat}

FKRTL : .......................................................................................................

Mohon bantuan Bapak/Ibu untuk mendaftarkan peserta tersebut untuk masuk ke dalam Program Rujuk Balik (PRB) BPJS. Kami ucapkan terimakasih atas bantuan Bapak/ibu.Demikian harap surat ini dipergunakan sebagaiman mestinya.

Malang, ${tanggal\_ttd}

${nama\_dokter}

r. Ali Sahib

NIP.

dr. Ali Sahib

NIP.