



RS MATA
UNDAAN

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343806 , 5319619, Fax. 031 5317503

TANDA TERIMA

Telah Terima dari : Anik Rohmawati, My / 1266414
Berupa : 1. Pengisian Resum medis Tgl 11/10/2021, 30/08/2022
2. Tgl 26/09/2021, 03/10/2022 (BPJS)

Ditujukan Kepada : DR. Rita Tjandra
Hari & Tanggal : Jum'at 09 - 12, 2022 Jam : 10.55

Yang Menyerahkan

AK
Anik R.

085755221599

Yang Menerima

Kirana

WA CS 08113011933

Kepada Yth.

Dokter : dr. RITA TJANDRA.

di RS Mata Undaan Surabaya

Hal : Permohonan Resume Medis
Pasien

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : ANIK ROHMAWATI
Usia : 53 TAHUN
Agama : ISLAM
Pekerjaan : PMS
No Telephone : 085795221599
Alamat : LK. BAKALAN NO. 22, RT 5 / RW 1
PAGAK, BEDI, PASURUAN

Telah menjalani rawat inap / rawat jalan / IGD *) di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya mulai tanggal sampai dengan tanggal Dengan ini memohon dan memberi kuasa kepada dokter Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang telah merawat saya, untuk memberikan *keterangan tertulis* mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan / penyakit saya selama dirawat di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, pada tanggal tersebut di atas.

Dengan no RM : 1-26-64-14
Untuk keperluan : Pengajuan Pensiun Pini
Nama penjamin : .

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada dokter Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya di kemudian hari. Demikian surat ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari pihak manapun.

*) : Coret yang tidak perlu

**) Harap melengkapi foto copy KTP dan kartu pasien

***) Pasien sudah menyetujui biaya permintaan resum medis

Permintaan tanggal.

1. 14 oktober 2021
2. 30 Agustus 2022
3. 26 September 2022
4. 3 oktober 2022

Surabaya, 9 DESEMBER 2022

Hormat saya,

(Materai Rp.10.000)

ANIK ROHMAWATI



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
Jl.Undaan Kulon 17-19, SURABAYA
Telp. 031-5343806, 5319619
Fax. 031-5317503

RESUME RAWAT JALAN

NAMA PASIEN : _____
TANGGAL LAHIR : ____/____/____ JENIS KELAMIN: Laki-laki / Perempuan*
ALAMAT : _____
: _____

- 1. Tanggal Pemeriksaan : _____
- 2. Keluhan : _____

- 3. Diagnosa Utama : _____
- 4. Diagnosa Penyerta : _____
- 5. Terapi / Pengobatan : _____

- 6. Tindakan : _____

- 7. Anjuran : _____

Surabaya, _____

Dokter Pemeriksa / DPJP

(_____)



RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
Jl.Undaan Kulon 17-19, SURABAYA
Telp. 031-5343806, 5319619
Fax. 031-5317503

RESUME RAWAT JALAN

NAMA PASIEN : _____
TANGGAL LAHIR : ____ / ____ / ____ JENIS KELAMIN: Laki-laki / Perempuan*
ALAMAT : _____
: _____

1. Tanggal Pemeriksaan : _____
2. Keluhan : _____

3. Diagnosa Utama : _____
4. Diagnosa Penyerta : _____
5. Terapi / Pengobatan : _____

6. Tindakan : _____

7. Anjuran : _____

Surabaya, _____

Dokter Pemeriksa / DPJP

(_____)