



## FORM RAWAT JALAN

Teman sejawat yang terhormat,  
Untuk melengkapi Persyaratan Pengajuan Klaim ASURANSI KESEHATAN mohon kiranya TS dapat mengisi formulir ini.  
selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan.

Terima kasih atas kerjasamanya.  
Dengan ini saya selaku pasien/peserta  
memberikan izin kepada dokter untuk mengisi  
formulir ini guna kepentingan BRI Life

( )  
Pasien/Peserta

Hormat Kami  
Dokter Perusahaan BRI Life

( dr.Rr. Susiana Dewi )  
NR STR 34. 21.100.107. 084951

Harap diisi dengan huruf cetak

(Hanya berlaku untuk satu kali kunjungan)

Nomor Peserta : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nama pasien/peserta : Umur | | | | | tahun jenis kelamin  P= Pria, W=Wanita

Status Pasien :  Karyawan  Istri  Anak

Perusahaan : \_\_\_\_\_

Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

I. ANAMNESA : \_\_\_\_\_

II. DIAGNOSA : \_\_\_\_\_

III. TERAPI : \_\_\_\_\_

IV. ANJURAN : \_\_\_\_\_

Harap diserahkan dengan,  
- Kuitansi Dokter ..... 20 .....  
- Kuitansi Apotik/Copy Resep  
- Foto Copy Kuitansi hasil Laboratorium (bila ada) ( ) Nama ( )