

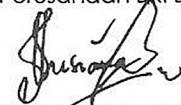
FORM RAWAT JALAN

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

Hormat Kami
Dokter Perusahaan BRI Life



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

(
Pasien/Peserta)

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
- Kuitansi Apotik/Copy Resep
- Foto Copy Kuitansi hasil Laboratorium (bila ada)

..... 20

(Nama)