

Contoh gambar/foto

1. Surat Rujukan (dari RS sebelumnya)

Dokumen Surat Rujukan yang diterbitkan dari RS sebelum (RS perujuk).

 **RS. PANTI WALUYO PURWOREJO**
YAYASAN KRISTEN UNTUK KESEHATAN UMUM
Jl. A. Yani 21 Purworejo 54111
Telp. / Fax : (0275) 322096, Email : pantiwaluyopwr@yahoo.com

SURAT RUJUKAN

Petugas yang menyetujui/
menerima pasien :
Bagian :
Tgl. Menghubungi :
Jam :

Kepada Yth.
Teman Sejawat,


Dengan hormat,
Mohon penanganan dan pengobatan lebih lanjut terhadap pasien tersebut dibawah ini,

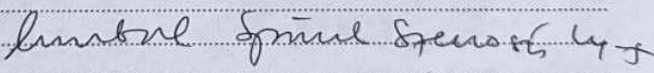
Nama :
Tgl. Lahir / Umur :
Alamat :

Hasil-hasil penatalaksanaan yang telah kami lakukan terhadap pasien tersebut sebagai berikut,

a. Anamnesis : 
.....
.....

b. Pemeriksaan fisik :
.....
.....

c. Pemeriksaan Laboratorium :
dan penunjang lain :

d. Diagnosis : 
.....
.....

e. Terapi / tindakan :
yang telah diberikan :

f. Alasan dirujuk : 
.....
.....

Demikian Surat Rujukan ini kami sampaikan. Mohon pengobatan dan perawatan selanjutnya. Atas perhatian dan kerja samanya, kami ucapkan terima kasih.

Jam Keberangkatan :
Jam Kedatangan :
Petugas yang menerima :

(nama, ttd, cap rumah sakit)

RM.KM.01.2019.20

Purworejo, 01/2/20

Salam Sejawat,

Dokter Spesialis Bedah, Sp.OT
Drs. Samsul Huda, Sp.OT

2. Surat Rujukan BPJS

Dokumen yang diterbitkan dari RS sebelum (RS perujuk), yang terdapat logo BPJS.

 BPJS Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	SURAT RUJUKAN RS X	No. 1127R0040422B000042 Tgl. 5 April 2022
Kepada Yth [REDACTED]		
Mohon Pemeriksaan dan Penanganan Lebih Lanjut :		== Rujuk Balik (Non PRB) == Rawat Jalan
No.Kartu	: 0001	
Nama Peserta	: [REDACTED] (Laki-Laki)	
Tgl.Lahir	: [REDACTED]	
Diagnosa	: [REDACTED]	
Keterangan	: [REDACTED]	
Demikian atas bantuannya,diucapkan banyak terima kasih.		
		Mengetahui, _____

Surat Rencana Kontrol

 BPJS Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	SURAT RENCANA KONTROL RS ORTOPEDI PROF. DR. SOEHARSO	No. 1127R0040522K000149
Kepada Yth	IWAN BUDIWAN ANWAR Sp./Sub. Rekonstruksi Dewasa/hip And Knee	
Mohon Pemeriksaan dan Penanganan Lebih Lanjut :		
No.Kartu	: [REDACTED]	
Nama Peserta	: [REDACTED] (Laki-Laki)	
Tgl.Lahir	: [REDACTED]	
Diagnosa	: Z47 - Other orthopaedic follow-up care	
Rencana Kontrol	: 9 Mei 2022	
Demikian atas bantuannya,diucapkan banyak terima kasih.		
		Mengetahui DPJP, IWAN BUDIWAN ANWAR
Tgl.Entri: 2022-05-09 Tgl.Cetak: 09-05-2022 15:33 PM		

3.

Surat Keterangan Berobat Ulang

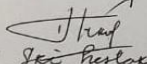
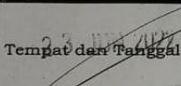
Surat Keterangan Berobat Ulang adalah dokumen yang diterbitkan RS Ortopedi .

	KEMENTERIAN KESEHATAN RI DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RS ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO Jl. Jend. A. Yani Pabelan Surakarta Telepon (0271) 714458 Faksimile (0271) 714058 Pos-EI :rso_solo@rso.go.id Laman :www.rso.go.id
SURAT KETERANGAN BEROBAT ULANG NO. YR.01.01/XXX.1.8 [REDACTED]	
Yang bertanda tangan di bawah ini, dokter RS ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO menerangkan bahwa pasien :	
No. RM	: [REDACTED]
Nama	: [REDACTED]
Tanggal Lahir	: [REDACTED] 2001
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: [REDACTED] Boyolali Jawa Tengah
Diagnosis	: Polyarthropathy
Pasien tersebut masih memerlukan perawatan/pengobatan di RS ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO dengan pertimbangan : kontrol. Rencana tindak lanjut akan dilaksanakan pada kunjungan selanjutnya pada tanggal 16-05-2022. Surat Keterangan ini digunakan untuk 1 (satu) kali kunjungan pasien.	
Surakarta, 09 Mei 2022 Dokter	
	(dr. IWAN BUDIWAN ANWAR , Sp.OT(K)., MM)
Tgl. cetak : 09-05-2022 14:19:54	Hal. 1/1
RM. 2.01.060	

4.

Form Kedokteran Rehab(khusus poli rehab)

Form Kedokteran Rehab adalah dokumen yang diterbitkan dari kunjungan sebelumnya di poli Rehabilitasi Medik RS Ortopedi .

 KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA PUSAT RUJUKAN NASIONAL Jalan Jenderal Ahmad Yani, Pabelan, Surakarta 57162, Telepon : (0271) 714458 (Hunting 4-Line), Faxmille : (0271) 714058, Kotak Pos 243, Laman : www.rso.go.id, Surat Elektronik : rso_solo@rso.go.id 											
FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN LAYANAN KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI											
I. Diisi oleh Pasien/ Peserta											
No. RM/ Reg :											
Nama Pasien :											
Tanggal Lahir :											
Alamat :											
Telp/ HP :											
Hubungan dengan tertanggung :	☐ Suami/ Istri ☐ Anak										
II. Diisi oleh Dokter Sp.KFR											
Tanggal Pelayanan :	23 JUN 2022										
• Anamnesa :	us. l. m. g. h. i.										
• Pemeriksaan Fisik dan Uji Fungsi :	o. - M. O. O. - 2.0										
• Diagnosis Medis (ICD-10) :	O. A. - h.										
• Diagnosis Fungsi (ICD-10) :	O. n. - p. m.										
• Pemeriksaan Penunjang\Tata Laksana KFR (ICD 9 CM) :	<table border="0"> <tr> <td>1. - 11. - M. S.</td> <td>30.1</td> </tr> <tr> <td>2. - 11. - M. S.</td> <td>M. 7.1</td> </tr> <tr> <td>3. - 11. - M. S.</td> <td>93.35</td> </tr> <tr> <td>4. - 11. - M. S.</td> <td>93.39</td> </tr> <tr> <td>5. - 11. - M. S.</td> <td>93.43</td> </tr> </table>	1. - 11. - M. S.	30.1	2. - 11. - M. S.	M. 7.1	3. - 11. - M. S.	93.35	4. - 11. - M. S.	93.39	5. - 11. - M. S.	93.43
1. - 11. - M. S.	30.1										
2. - 11. - M. S.	M. 7.1										
3. - 11. - M. S.	93.35										
4. - 11. - M. S.	93.39										
5. - 11. - M. S.	93.43										
• Anjuran :	82										
• Evaluasi :											
• Suspek Penyakit akibat Kerja :	☐ Ya (.....) ☐ Tidak										
Tanda Tangan Pasien  (.....)	Tempat dan Tanggal  dr., Sp.KFR (.....)										