



RESEP ANTIKONTRASEPSI

Tanggal: 20/10/2022

Tempat tinggal: (diisi oleh pasien)

Nama : **Ms. Nurul**
 Umur : 190120020000000000
 Alamat : (diisi oleh pasien)

Revisi: (diisi oleh dokter, dan menggunakan tanda awal dan akhir dari revisi tersebut)

Nama : **LENG NURULITA**
 No. Laka / No. Id. : 1702000171000000
 No. Revisi : (diisi oleh dokter)
 Alamat : (diisi oleh dokter)
 Dr. Nurul Nurulita

Tempat Praktek : (diisi oleh dokter)

Revisi: (diisi oleh dokter, dan menggunakan tanda awal dan akhir dari revisi tersebut)

Tanggal Revisi : 20/10/2022
 Nama Dokter : (diisi oleh dokter)
 Alamat Dokter : (diisi oleh dokter)
 No. : (diisi oleh dokter)
 Nama : (diisi oleh dokter)

Tempat tinggal: (diisi oleh pasien)

Dr. Nurul Nurulita (diisi oleh dokter)

Revisi: (diisi oleh dokter, dan menggunakan tanda awal dan akhir dari revisi tersebut)



LENG NURULITA



WZĄT NIETRWAŁY (WZNI)

Forma: 20-00-01A

Typ: Wzrostowe (WZNI) - bez...

Wzrost: 160 cm
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg

Wzrost (średni) (średni) - wzrostowe (średni) - wzrostowe (średni)

Wzrost: 160 cm
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg

Wzrost (średni) (średni) - wzrostowe (średni) - wzrostowe (średni)

Wzrost: 160 cm
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg
Ciężar ciała: 60 kg

Wzrost (średni) (średni) - wzrostowe (średni) - wzrostowe (średni)

Wzrost (średni) (średni) - wzrostowe (średni) - wzrostowe (średni)

Wzrost (średni) (średni) - wzrostowe (średni) - wzrostowe (średni)





STATE HOSPITALS CENTRE

Abuja - 24/03/2022

Eng. J. O. Ogunlana & Associates

Name: **AKWAFOR**
No: **087102100111100**
Address: **State Hospital**

Original Receipt, please send immediately to the relevant authority.

Project: **REPAIR OF PUMP HOUSE**
Site: **State Hospital, FCT Abuja**
Job Order: **Abuja**
Address: **State Hospital**
Dr. Priscilla Akwafor
Job Reference: **AKWAFOR**

Original Receipt, please send immediately to the relevant authority.

Project: **AKWAFOR**
Site: **State Hospital**
Job Order: **Abuja**
Address: **State Hospital**
Job Reference: **AKWAFOR**

Original Receipt, please send immediately to the relevant authority.

Original Receipt, please send immediately to the relevant authority.

Original Receipt, please send immediately to the relevant authority.





WEST BENGAL GOVT

1000, 420000100

West Bengal Health Services

1000, 420000100
 1000, 420000100
 1000, 420000100

West Bengal Health Services, West Bengal Health Services, West Bengal Health Services

1000, 420000100
 1000, 420000100 / 1000, 420000100
 1000, 420000100
 1000, 420000100
 1000, 420000100

1000, 420000100

West Bengal Health Services, West Bengal Health Services, West Bengal Health Services

1000, 420000100

1000, 420000100
 1000, 420000100
 1000, 420000100
 1000, 420000100
 1000, 420000100

West Bengal Health Services, West Bengal Health Services

1000, 420000100

West Bengal Health Services, West Bengal Health Services, West Bengal Health Services





DAFTAR PERTANYAAN DOKTER

Tanggal: 20/05/2023

1. Nama Lengkap Dokter: _____

2. No. Revisi: 01
 3. No. Surat: 157/2023/100
 4. Lokasi: Dokter Spesialis

5. Tanggal Surat Perintah: 20/05/2023 (Surat Perintah Dokter Spesialis dan Konsultasi Ginekologi)

6. Nama: **DR. RIZKI RIZKI YUSRIANA**
 7. No. Revisi: 01
 8. No. Surat: 157/2023/100
 9. Lokasi: Dokter Spesialis
 10. Nama: **DR. RIZKI RIZKI YUSRIANA**
 11. Nama: **DR. RIZKI RIZKI YUSRIANA**
 12. Nama: **DR. RIZKI RIZKI YUSRIANA**

13. Nama Lengkap Dokter: _____
 14. Nama Lengkap Dokter: _____

15. Nama Lengkap Dokter: _____
 16. Nama Lengkap Dokter: _____
 17. Nama Lengkap Dokter: _____
 18. Nama Lengkap Dokter: _____
 19. Nama Lengkap Dokter: _____

20. Nama Lengkap Dokter: _____
 21. Nama Lengkap Dokter: _____
 22. Nama Lengkap Dokter: _____
 23. Nama Lengkap Dokter: _____
 24. Nama Lengkap Dokter: _____

DR. RIZKI RIZKI YUSRIANA
 Dokter Spesialis

 157/2023/100



REKAM MEDIS PASIEN

Formulir No. 1/19/2012

Tempat dan tanggal lahir pasien:

Nama : **DR. HANAN**
 No. : 0011000000000000000
 Alamat : Jalan Merdeka

Diagnosis utama dan sekunder, serta pemeriksaan laboratorium dan radiologi
 (jika ada) terlampir.

Nama : **DR. HANAN HANAN**
 No. : 0011000000000000000
 Alamat : Jalan Merdeka
 No. : 0011000000000000000
 No. : 0011000000000000000
 No. : 0011000000000000000

Revisi dan perubahan formulir, yang ditandatangani dan tanggal
 pengisian:

Tempat : 001100
 Nama : 001100
 Alamat : 001100
 No. : 001100
 No. : 001100

Revisi dan perubahan formulir, yang ditandatangani dan tanggal

Di Revisi dan Perubahan Formulir, yang ditandatangani dan tanggal

Di Revisi dan Perubahan Formulir, yang ditandatangani dan tanggal





BELEG KLINIKUM FUNKENBERG

Datum: 11/21/74

Trägerkennung: 4 800000

1. Name: Dr. Schmidt
2. Vorname: Hans-Joachim
3. Geburtsdatum: 15.05.1928

Diagnose: Herz-Kreislauferkrankung, Bluthochdruck, Diabetes mellitus

4. Adresse: Funkenberg
5. Telefon: 123456
6. Beruf: Arzt
7. Berufstitel: Dr. med. habil.
8. Fachgebiet: Innere Medizin

9. Krankengeschichte: siehe Begleitschein Nr. 123456

10. Krankheitsbeginn: 1970
11. Krankheitsdauer: 4 Jahre
12. Krankheitsverlauf: chronisch
13. Krankheitsursache: angeboren

14. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

15. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

16. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

17. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

18. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

19. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

20. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

21. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

22. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

23. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

24. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

25. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

26. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

27. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

28. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

29. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

30. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

31. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

32. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

33. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

34. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

35. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

36. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

37. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

38. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

39. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

40. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

41. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

42. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

43. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

44. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

45. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

46. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

47. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

48. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

49. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein

50. Krankheitsverlauf: siehe Begleitschein



RESEP REVISI

TANGGAL: 21/07/2022

NO. REVISI: 01

NAMA: **DR. NURUL HUDA**
 NO. REVISI: 01
 NO. REVISI: 01

REVISI: 01

NAMA: **DR. NURUL HUDA**
 NO. REVISI: 01
 NO. REVISI: 01
 NO. REVISI: 01
 NO. REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

REVISI: 01

DR. NURUL HUDA
 DR. NURUL HUDA
 DR. NURUL HUDA



REKAM MEDIALIS PASIEN

nomor: *24/3/18*

Tanggal pemeriksaan: 18 Maret 2018

Nama: **AL. MUBIN**
 umur: 20 tahun
 jenis kelamin: Laki-laki

Alamat rumah: Jl. ...
 alamat rumah: ...

Nama: **AL. MUBIN MUBIN**
 Tgl. lahir: 18/03/1998
 Jenis kelamin: Laki-laki
 Alamat: Jl. ...
 No. ...

Tempat tinggal: ...

Rekam medis sebelumnya: ...

Alamat rumah: ...
 Tgl. lahir: ...
 Jenis kelamin: ...
 Alamat rumah: ...
 No. ...
 No. ...

Rekam medis sebelumnya: ...

di: ...
 Tanggal pemeriksaan: ...





STATE HOSPITAL Jember

Jember 41 July 2018

Very Honorable Mr. Governor

Name : **Dr. Achmad**
 ID : **0072001000010001**
 Gender : **Male**

Very respectful greeting, and thank you very much for the
 attention and care.

Name : **WIDHAR ANGGAS**
 ID : **0072001000010001**
 Gender : **Female**
 Date of Birth : **11 Aug 1978**
 No. Identification Card : **33.3000000000000000**
 No. Telephone : **08123456789**

Very respectful greeting, and thank you very much for the
 attention and care.

Very Honorable Mr. Governor
 ID : **0072001000010001**
 Gender : **Male**
 Date of Birth : **11 Aug 1978**
 No. Identification Card : **33.3000000000000000**
 No. Telephone : **08123456789**

Very respectful greeting, and thank you very much for the
 attention and care.

(Signature)

 No. 0072001000010001



BUKTI ANTRASPORTASI

(Handwritten signature)

Yang berkecukupan & terdapat:

Uraian : **18.000000**
 GP : **144120.202111.00**
 Lokasi : **IGAP/ Bawak**

Walaupun sudah selesai oleh pemangku lokasi pelaksanaan tidak dapat dipastikan.

Uraian : **10000.000000**
 Uraian : **144120.202111.00**
 Lokasi : **IGAP/ Bawak**
 Lokasi : **144120.202111.00**
 Lokasi : **IGAP/ Bawak**

Walaupun sudah selesai oleh pemangku lokasi pelaksanaan tidak dapat dipastikan.

Uraian : **14.00**
 Lokasi : **14.00**
 Lokasi : **14.00**
 Lokasi : **14.00**
 Lokasi : **14.00**

Walaupun sudah selesai oleh pemangku lokasi pelaksanaan tidak dapat dipastikan.

(Handwritten signature)
14.00
14.00
14.00



BUKTI KETERANGAN BUKTI

NO. *14/12/2019*

Yang Berkenaan dengan : *...*

Nama : *...*
 NP : *...*
 Alamat : *...*

Sebagai bukti proses dan tindakan dalam rangka pelaksanaan pelayanan kesehatan

Tgl. : **12/12/2019**
 Tgl. lahir / umur : *...*
 No. rekam : *...*
 Alamat : *...*
 No. Rujukan : *...*

Untuk dan digunakan untuk pengumpulan data dan tindakan

Tanggal : *...*
 Jam : *...*
 Tempat : *...*
 Nama : *...*
 No. : *...*

Demikianlah Bukti Keterangan ini

Di buat dan ditandatangani oleh

...





STATE NOTIFICATION LETTER

Date: 15/11/2022

Very Honorable Mr. Governor

Province : **DIYogyakarta**
No : **10473/2022/LEB**
From : **Chief Executive**

Subject: **Request for information on the number of cases of COVID-19 in Yogyakarta**

From : **WALDI ATYUS PRATIWI**
To: **Chief Executive of the Province of Yogyakarta**
Address: **Yogyakarta**
Date: **15/11/2022**
By: **Pratiwi Atyus**
Signature: **Pratiwi**

Should you have any questions, please contact the following contact person:

- Contact person
Name: **Pratiwi**
Address: **Yogyakarta**
Phone Number: **0271-711111**
Email: **pratiwi@kemkes.go.id**
Job Title: **Chief Executive**

With this letter, I request you to:

1. Provide the total number of COVID-19 cases

2. Provide the number of cases of COVID-19 in Yogyakarta



RIWAYAT RUMAH SAKIT

Tanggal: 10/01/2024

Diagnosis: Demam berdarah dengue

Nama: **W. Satrio**
 Umur: 18 tahun
 Alamat: Desa Perumahan

Revisi: 1 (satu) kali, yaitu kunjungan ke puskesmas pada hari ke-10
 setelah sembuh.

Nama: **W. Satrio**
 Tgl. lahir / Umur: 17/01/2006 / 18 Tahun
 Jenis Kelamin: Perempuan
 Alamat: Desa Perumahan
 No. Pendaftaran: 0001

Revisi: 1 (satu) kali, yaitu kunjungan ke puskesmas pada hari ke-10

Diagnosis: Demam berdarah dengue
 Tanggal: 10/01/2024
 Umur: 18 thn
 Tempat Asal: Desa Perumahan
 No. Pendaftaran: 0001

No. Pendaftaran: 0001

Revisi: 1 (satu) kali, yaitu kunjungan ke puskesmas pada hari ke-10

Diagnosis: Demam berdarah dengue

Revisi: 1 (satu) kali, yaitu kunjungan ke puskesmas pada hari ke-10

Nama: **W. Satrio**

Umur: 18 tahun

Alamat: Desa Perumahan

No. Pendaftaran: 0001

Tanggal: 10/01/2024

Diagnosis: Demam berdarah dengue

