

## SURAT PENGANTAR PEMERIKSAAN KESEHATAN

 Kepada:   


 Jakarta: 

Mohon dilakukan pemeriksaan kesehatan atas nama Calon Tertanggung berikut ini:

Nama Lengkap (sesuai KTP)	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
Nomor KTP	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
Tempat Lahir	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
Tanggal Lahir Tertanggung:	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>
Nomor SPAJ	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
No. Telp Rumah/Kantor	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
No. Ponsel	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>

**Pemeriksaan harap dilakukan di:**

<input type="checkbox"/> RS/Klinik/Laboratorium:	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Home Service Clinic, alamat:	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>

 Pada Hari:  Tanggal:  -  -  Jam: 
**Mohon dilakukan pemeriksaan sesuai dengan yang diberi tanda ✓**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Laporan Pemeriksaan Kesehatan (LPK – Fisik Dokter)  | <input type="checkbox"/> k. HIV Test        |
| <input type="checkbox"/> b. Laporan Pemeriksaan Kesehatan Anak (LPK – Anak)   | <input type="checkbox"/> l. AFP             |
| <input type="checkbox"/> c. SGOT, SGPT, GGT, Bilirubin total, Bilirubin Direct, Bilirubin Indirect, HbsAg, Albumin, Globulin, Alkaline Phospatase | <input type="checkbox"/> m. PSA/ CA 15-3 *  |
| <input type="checkbox"/> d. Urine Lengkap (makroskopis dan mikroskopis)   | <input type="checkbox"/> n. USG Abdomen **  |
| <input type="checkbox"/> e. Thorax Photo (X-ray)  | <input type="checkbox"/> o. USG Payudara    |
| <input type="checkbox"/> f. ECG (Elektrokardiography)   | <input type="checkbox"/> p. Echocardiografi |
| <input type="checkbox"/> g. Kolesterol Total, HDL, LDL, Trigliserida **   | <input type="checkbox"/> q. Treadmill Test  |
| <input type="checkbox"/> h. Uream, Kreatinin, Asam Urat **  |   |
| <input type="checkbox"/> i. Gula Darah Puasa, HBA1C **  |   |
| <input type="checkbox"/> j. Analisa Darah Lengkap (HB, Leukosit, HT, Eritrosit, Trombosit, MCV, MCHC, Hitung Jenis, LED)                          |   |
| <input type="checkbox"/> Pemeriksaan lainnya  |   |

- Untuk pemeriksaan dengan tanda \*\*, calon Tertanggung diwajibkan puasa selama 10 jam sebelum pemeriksaan. (g, h, i, n,)
- Wajib memperlihatkan tanda identitas asli yang masih berlaku
- Calon Tertanggung dengan usia kurang dari 18 tahun dan belum menikah, wajib didampingi orang tua/wali
- Formulir wajib diisi dengan lengkap dan jelas. Pihak Rumah Sakit/Laboratorium Klinik berhak menolak melakukan pemeriksaan bila formulir tidak lengkap dan jelas
- Pihak Rumah Sakit/Laboratorium Klinik harus melakukan pemeriksaan sesuai dengan permintaan yang tercantum pada formulir ini.

 Pembayaran Pemeriksaan Medis:  Tunai  Non Tunai / Invoice

Demikian kami sampaikan. Terima kasih atas kerjasamanya.

**Hormat Kami**

(Nama lengkap)  
**Underwriting/ Sales Manager\***

**Kode Sales Manager** : .....

\*coret salah satu

Note : Fotokopi Surat Pengantar Pemeriksaan Kesehatan &amp; fotokopi identitas diri, dilampirkan pada saat pengiriman hasil medis dan penagihan.