

	FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAAN PENUNJANG	No. Dokumen	: OPP-F-SHE-30I
		Revisi	: 0
		Tgl. Efektif	: 01 Juli 2024
		Halaman	: 1 dari 1

.....

Kepada Yth.
Klinik / Rumah Sakit
di Tempat

Dengan Hormat,
Bersama dengan surat ini, kami sampaikan bahwa pasien di bawah ini:

Nama :
Usia : Tahun
Jenis kelamin :
N R P :
Perusahaan : PT. Orecon Putra Perkasa
Tanggal *Medical Check Up (MCU)* :
Hari, tanggal pemeriksaan :

Memerlukan pemeriksaan lanjutan dengan parameter pemeriksaan sebagai berikut :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Elektrocardiografi / EKG</i> | <input type="checkbox"/> <i>Treadmill Test</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Audiometri</i> | <input type="checkbox"/> <i>X-ray</i> : |
| <input type="checkbox"/> <i>Spirometri</i> | <input type="checkbox"/> <i>Lainnya</i> : |
| <input type="checkbox"/> <i>Visus</i> | |

Note : Mohon di contreng untuk jenis yang akan dilakukan pemeriksaan

Tabalong,2024

dr.
Dokter Perusahaan
PT. Orecon Perkasa Abadi