FORM KRONOLOGIS PESERTA KEJADIAN TRAUMA

Nama :
No. Kartu BPJS :
No. HP / Telpon :
Alamat :
Status Pekerjaan :
Tanggal dan Jam Kejadian :
Lokasi Kejadian :
Rincian Kronologis :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, Saya bersedia dituntut dan bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh rumah sakit, apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar.

Sekayu,……...

Mengetahui,

Yang Membuat Pernyataan,

1. Petugas RS
   Nama :……
   No. HP :……

   Ttd :……

(……...**)**
No. HP **:**

2. Keluarga Pasien
   Nama :……
   No. HP :……

   Ttd :……