



## DATA PASIEN BIBIR SUMBING

FOTO PASIEN

### Data Diri Pasien:

Nama Lengkap : .....  
Tempat/Tanggal lahir : .....  
Alamat saat ini : .....  
.....  
Anak Ke- : .....  
Jumlah Saudara Kandung : .....  
Jumlah Saudara Kandung Laki-Laki : ..... Orang  
Jumlah Saudara Kandung Perempuan : ..... Orang

### Data Orang Tua

Nama Ibu : .....  
Usia Ibu : .....  
Pekerjaan Ibu : .....  
Penghasilan Ibu (per bulan) : .....  
No. Telepon : .....  
Alamat saat ini : .....  
.....  
Nama Ayah : .....  
Usia Ayah : .....  
Pekerjaan Ayah : .....  
Penghasilan Ayah (per bulan) : .....  
No. Telepon : .....  
Alamat saat ini : .....  
.....

### Riwayat Bibir Sumbing Pasien

Lama menderita bibir sumbing : .....  
Pernah operasi bibir sumbing : Ya / Tidak      Jika Ya, tahun : .....  
Nama Rumah Sakit : .....  
Kota/Kabupaten : .....  
Rencana Operasi : .....  
Nama Dokter yang menangani : .....  
Tempat Operasi di Rumah Sakit : .....  
Tanggal Pendataan : .....  
Kota : .....  
Tanda Tangan Pendata : .....