

# Pemberitahuan tentang Konsultasi Pascapemeriksaan atas Hasil Pemeriksaan Kanker Paru-Paru

Nama		No. Pendaftaran Penduduk	
------	--	--------------------------	--

Mengenai Hasil Pemeriksaan Kanker Paru-Paru:

Mengenai Berhenti Merokok:

Tanggal konsultasi	Tanggal/Tahun	Dokter	No. Lisensi
			Nama dokter (tanda tangan)