



No. RM : 000060
Nama Pasien: ANTONIUS RIZKY
TTL : PALU, 15-03-1990
JK / Umur : Laki-Laki / 33 Th

PERSETUJUAN UMUM	
Yang bertanda tangan di bawah ini :	
Nama : Coba PJ	No. KTP : 12839621736712312
Umur / JK : 33 Th / L	No.HP : 08123123123
Alamat : JL.NANGKA, KAMONJI, PALU BARAT, KOTA PALU, SULAWESI TENGAH	Hubungan Keluarga : Saudara
	Nilai Kepercayaan : Keluarga
Dengan ini saya atelah mendapatkan informasi dari petugas admisi :	
1. HAK KEWAJIBAN DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN. Saya sudah mendapat informasi tentang hak dan kewajiban pasien dan juga peraturan yang berlaku di Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno seperti yang ada dalam lampiran formulir persetujuan umum ini, yang diberikan oleh petugas admisi pasien rawat inap / rawat jalan dan saya sudah menerima dan menyetujuinya	
2. HAK KEWAJIBAN DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN. a. Saya menyetujui dan memberi kuasa kepada Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno, Dokter, Perawat, Bidan dan petugas kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan pasien seperti di lakukannya tindakan atau prosedur diagnostik sebagai berikut : pemasangan alat kesehatan (kecuali yang memerlukan persetujuan khusus) penyuntikan obat-obatan, pemeriksaan radiologi, pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium dan produk farmasi lainnya termasuk konsultasi medis apa bila diperlukan b. Saya memberikan wewenang kepada Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno untuk memenuhi kebutuhan sesuai kondisi kesehatan saya termasuk merujuk ke Rumah Sakit lain apabila diperlukan. c. Saya memahami bahwa Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno bertanggung jawab terhadap proses pelayanan terhadap pasien.	
3. KEWAJIBAN PEMBAYARAN a. Untuk pasien jaminan / asuransi apabila belum membawa persyaratan diwajibkan melengkapi dalam waktu 2 x 24 jam hari kerja bila tidak dianggap sebagai pasien umum. b. Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali / sebagai pasien bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien,maka saya wajib untuk membayar total biaya pelayanan berdasarkan ketentuan Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno	
4. RAHASIA KEDOKTERAN Saya memahami informasi yang ada di dalam diri/keluarga saya, termasuk diagnostik hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang yang akan digunakan untuk perawatan medis, dan akan dijamin kerahasiaannya oleh rumah sakit kecuali untuk kepentingan perawatan, pengobatan, pendidikan, penelitian dan hukum	
5. PRIVASI Saya mengijinkan Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno memberikan akses bagi : keluarga dan saudara yang ingin mengetahui kodisi saja (sebutkan nama / profesi bila ada permintaan khusus)	
6. PELEPASAN INFORMASI MEDIS a. Saya menyetujui kepada Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno untuk memberikan informasi medis - administratif yang berkait dengan kepentingan saya, dengan : Coba PJ b. Pihak Ketiga : BAYAR UMUM	
7. BARANG PRIBADI a. Saya memahami bahwa Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik saya /keluarga saya. Saya / keluarga saya bertanggungjawab atas barang-barang berharga yang saya miliki seperti uang, perhiasan, buku cek, kartuk redit, handphone atau barang lainnya	
8. Saya bersedia menerima segala resiko atas ketidaktaatan saya/keluarga terhadap peraturan yang berlaku di Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno, Saya juga menyadari dan memahami bahwa : a. Apabila saya tidak memberikan persetujuan, atau dikemudian hari mencabut persetujuan saya untuk melepaskan rahasia kedokteran saya kepada perusahaan asuransi yang saya tentukan, maka saya pribadi bertanggung jawab untuk membayar semua pelayanan dan tindakan medis dari Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno b. Apabila rumah sakit membutuhkan proses hukum untuk menagih biaya pelayanan rumah sakit dari saya, saya memahami bahwa saya bertanggung jawab untuk membayar semua biaya yang disebabkan dari proses hukum tersebut	
9. Melalui dokumen ini, saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan rumah sakit untuk memberikan perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya sebagai Pasien Rawat Inap , Rawat Jalan Poliklinik dan Rawat Jalan Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman kepada : Suami	
10. Saya mengetahui dan menyetujui bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, fasilitas pelayanan kesehatan wajib membuka akses dan mengirimkan data rekam medis kepada Kementrian Kesehatan melalui Platform SATUSEHAT	
11. Menyetujui untuk menerima dan membuka data pasien dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya melalui SATUSEHAT untuk kepentingan pelayanan kesehatan dan/atau rujukan	
SAYA TELAH MEMBACA dan sepenuhnya setuju dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangani tanpa paksaan dan dengan kesadaran penuh Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun, karena saya paham dan mengerti bahwa hal ini diperlukan dalam proses perawatan saya / keluarga saya di Rumkit TK.III 13.06.01 dr.Sindhu Trisno, serta Melalui pernyataan ini saya menjamin bahwa pasien telah membaca dan menyetujui pembukaan data dari SATUSEHAT.	
<div>Petugas</div> <div></div> <div>admin</div>	<div>Palu, 08-01-2024 Sebagai Pembuat Pernyataan</div> <div></div> <div>Coba PJ</div>