

**Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A. Habibie**

Jl. Tubagus Ismail Raya No.46

Bandung - 40134

Telp. 022 - 2501985 Fax (022) 2501984

No RM	:	2022000001
Nama	:	A ALFIAN OESMAN
Jenis Kelamin	:	L
Tanggal Lahir	:	27 Jun 1947

**PERSETUJUAN UMUM / GENERAL CONSENT**

- 1. HAK DAN KEWAJIBAN SEBAGAI PASIEN.** Saya mengakui bahwa dalam proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie dan penandatanganan dokumen ini, saya telah mendapat informasi tentang hak-hak dan kewajiban saya sebagai pasien.
- 2. PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN.** Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk mendapat pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada pihak rumah sakit, dokter dan perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat, melakukan prosedur diagnostik, radiologi tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh dan atau terapi dan pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk x-ray, pemberian dan atau tindakan medis serta penyuntikan (intramuskular, intravena dan prosedur invasif lainnya) produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis), dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.
- 3. PRIVASI** Saya **mengijinkan/tidak mengijinkan** (coret salah satu) Rumah Sakit memberi akses bagi : Keluarga dan kerabat serta orang-orang yang akan menengok Saya (sebutkan nama bila ada permintaan khusus yang tidak diijinkan) : .....
- 4. RAHASIA KEDOKTERAN** (coret salah satu) Saya setuju untuk membuka rahasia kedokteran terkait dengan kesehatan, asuhan dan keluarga saya dan kepada :  
1) ..... 3) .....  
2) .....
- 5. MEMBUKA RAHASIA KEDOKTERAN** Saya setuju untuk membuka rahasia kedokteran terkait dengan kondisi kesehatan, asuhan dan pengobatan yang saya terima kepada:  
- Dokter dan tenaga kesehatan lain yang memberikan asuhan keperawatan kepada saya  
- Asuransi kesehatan atau perusahaan penjamin biaya atau pihak lain yang menjamin pembiayaan saya.
- 6. BARANG PRIBADI** Saya setuju untuk tidak membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan (seperti: perhiasan, elektronik, dll) selama dalam perawatan di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie. Saya memahami dan menyetujui Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie tidak bertanggung jawab terhadap kehilangan, kerusakan atau pencurian barang berharga
- 7. PENGAJUAN KELUHAN** Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tata cara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tata cara mengajukan keluhan tersebut sesuai prosedur yang ada.
- 8. KEWAJIBAN PEMBAYARAN** Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk membayar total / menyelesaikan biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan di RS. Khusus Ginjal Ny. R.A Habibie.  
Saya juga menyadari dan memahami bahwa:  
- Apabila kelas rawat yang ditempati tidak sesuai dengan hak kelas perawatan yang ditanggung oleh penjamin, maka saya bersedia untuk melunasi selisih biaya perawatan di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie.  
- Apabila ada biaya pemeriksaan/ tindakan/ perawatan yang tidak ditanggung/ sebagian ditanggung oleh penjamin, maka saya bersedia melunasi biayanya.  
- 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. PERMINTAAN PULANG PAKSA** Apabila saya / keluarga ingin mengakhiri pengobatan atau pelayanan medis walaupun dokter belum mengijinkan, maka saya bersedia untuk dinyatakan sebagai pulang paksa dan bila terjadi hal-hal pada saya / keluarga akibat pulang paksa tersebut maka saya tidak akan menuntut pihak rumah sakit.
- 10. KETERLIBATAN PESERA DIDIK** Selama proses perawatan akan ada kemungkinan keterlibatan peserta didik, mahasiswa, dokter yang sedang menjalani pendidikan spesialis/trainee/fellowship dengan pengawasan atau supervisi staf yang kompeten.
- 11. Alternatif asuhan dan pelayanan ditempat lain,** apabila Rumah Sakit Khusus Ginjal NY. RA. Habibie tidak dapat memberikan asuhan dan pelayanan yang dibutuhkan pasien.  
  
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 atau rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman **SAYA TELAH MEMBACA dan SEPENUHNYA SETUJU** dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan bersedia menandatangani tanpa paksaan dan dengan kesadaran penuh.

Bandung, .....

Pasien/Keluarga/Penanggung jawab

Pemberi Informasi

(.....)

Tanda tangan dan Nama Jelas

(.....)

Tanda tangan dan Nama Jelas

## HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN DAN KELUARGA

### Setiap pasien mempunyai hak :

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie.
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi.
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A. Habibie.
8. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik dalam maupun di luar Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A. Habibie.
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
10. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang di deritanya.
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A Habibie.
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A. Habibie terhadap dirinya.
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
17. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A. Habibie apabila Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. R.A. Habibie diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.
18. Mengeluarkan pelayanan Rumah Sakit Ginjal Ny. R.A. Habibie yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### Setiap pasien dan keluarga mempunyai kewajiban :

1. Pasien dan keluarga berkewajiban mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie.
2. Pasien dan keluarga berkewajiban menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab.
3. Pasien dan keluarga berkewajiban menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak tenaga kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie.
4. Pasien dan keluarga berkewajiban memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatan pasien.
5. Pasien berkewajiban memberikan informasi yang jujur mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya.
6. Pasien berkewajiban mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit Khusus Ginjal Ny. RA. Habibie dan disetujui oleh pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
7. Pasien berkewajiban menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan tenaga kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatan.
8. Pasien dan keluarga berkewajiban memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.