



RSUD DAYA KOTA MAKASSAR

Jl. Perintis Kemerdekaan KM. 14 Kec. Biringkanaya Makassar

Telp. (0411) 8037252 - Fax. (0411) 587256

E-mail : info@rsudkotamakassar.or.id

Sulawesi Selatan 90241

NO.RM :328930

ALISHA AZKADINA PUTRI

TGL LAHIR :18-11-2022

BONTOA UTARA

P

12/03/2024
10.31

(L/P)

RM

1 / RI

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT)

DATA UMUM PASIEN

NO. RM : 328930
Nama Pasien : ALISHA AZKADINA P.
Tanggal Lahir : 28-11-2022
Penanggung Jawab
Nama : Suci Solle (L/P)
Umur : 33 tahun
Hubungan dengan Pasien : anak
Alamat Tempat Tinggal : MANGGARU
No. Telepon / HP : 089969283805

I. PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN

Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan untuk memberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnostik dan perawatan medis, tidak terbatas pada electrocardiograms, x-ray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya. Persetujuan yang saya berikan tidak termasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya.

Jika saya memutuskan untuk menghentikan perawatan medis untuk diri saya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar atau dokter tidak bertanggung jawab atas hasil yang merugikan saya.

II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS

Saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan tindakan pemasangan alat medis seperti melakukan penyuntikan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang oksigen, dan lain-lain.

III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN

Saya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada saya.

IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

- Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk diagnostik, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, akan dijamin kerahasiaannya oleh RSUD Kota Makassar.
- Saya memberi wewenang kepada RSUD Kota Makassar untuk memberikan informasi tentang rahasia kedokteran saya bila diperlukan untuk memproses klaim BPJS, asuransi kesehatan lainnya, perusahaan dan atau lembaga pemerintah lainnya.
- Saya memberi wewenang kepada RSUD Kota Makassar untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada anggota keluarga saya dan kepada :

1. Suci Solle
2.

V. KEINGINAN PRIVASI

Saya mengizinkan/tidak mengizinkan (coret yang tidak perlu) RSUD Kota Makassar memberi akses bagi keluarga dan handai taulan serta orang-orang yang akan menengok/menemui saya.

Sebutkan nama/profesi bila ada permintaan khusus :

VI. PENDIDIKAN KESEHATAN DI RSUD KOTA MAKASSAR

Saya mengetahui dan menyetujui adanya siswa/mahasiswa pendidikan kesehatan di RSUD Kota Makassar.

VI. INFORMASI RAWAT INAP

- Saya tidak diperkenankan membawa barang berharga selama dalam perawatan di RSUD Kota Makassar, jika ada keluarga atau teman harus diminta untuk membawa pulang atau menitipkan ke rumah sakit. RSUD Kota Makassar bertanggung jawab menjaga barang milik pasien yang ditinggalkan atau barang milik pasien karena pasiennya tidak dapat menjaganya.
- Saya telah menerima informasi tentang tata tertib RSUD Kota Makassar melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhi.
- Anggota keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk selalu memakai tanda pengenal khusus yang diberikan RS, dan demi keamanan seluruh pasien setiap keluarga dan siapapun yang akan mengunjungi saya di luar jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identitasnya dan memakai identitas yang diberikan RS.

VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas.

VII. INFORMASI BIAYA

Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk membayar total biaya perawatan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan RSUD Kota Makassar :

Tanggungjawab pembayaran :

Saya menyatakan bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan :

- ☐ Pasien bayar sendiri (umum) ☐ Kerja sama :
☐ BPJS PBI ☐ BPJS Non PBI ☐ Lain-lain : BPJPK

- BAGI PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendaftar di TPPRJ saya sanggup melengkapi persyaratan tanggung jawab pembayaran.
- BAGI PASIEN RAWAT INAP dalam waktu 2x24 jam kerja terhitung sejak hari, tanggal, dan jam masuk di RSUD Kota Makassar saya sanggup melengkapi persyaratan.
- BAGI PASIEN BPJS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, jika hasil skrining awal tidak memenuhi kriteria rawat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdaftar sebagai pasien umum
- BAGI PASIEN BPJS yang rawat inap akan segera mengurus jaminan BPJS dalam tempo kurang dari 2x24 jam dan apabila dalam tempo 2x24 jam tidak bisa menyatakan jaminan BPJS, maka saya bersedia menjadi pasien umum.

X. PERNYATAAN

SAYA TELAH MEMBACA dan SEPENUHNYA SETUJU dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangani dengan kesadaran sendiri dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 12/03/2024

Pasien / Keluarga / PJ

Petugas Rumah Sakit

(Suci Solle) ()