



# 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 :327337

NY. SITI HAWA

TGL LAHIR :20-05-1991

JL.TEUKU UMAR NO 4

Tgl. Lahir :

P

07/03/2024  
18.17

(L/P)

RM

1 / RI

## PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT)

### DATA UMUM PASIEN

NO. RM : 327 337  
Nama Pasien : Ny. Siti Hawa  
Tanggal Lahir : 20-05-1991  
Penanggung Jawab : ADAM  
Nama :  
Umur : 39 THN  
Hubungan dengan Pasien : SUAMI  
Alamat Tempat Tinggal : JL. TEUKU UMAR T. NO. 4  
No. Telepon / HP : 0895 4014 10397

### 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 ditiptan 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 : sktm

- BAGI PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendaftar di TPRJ 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, 07/03/2024

Pasien / Keluarga / PJ

Petugas Rumah Sakit

### 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. Adam  
2. ....

### V. KEINGINAN PRIVASI

Saya mengizinkan/tidak mengizinkan (coret yang tidak perlu) RSUD Kota