

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:117752 P
NUR AINUN I S MANNESSA
TGL LAHIR:09-08-2003 14/03/2024
19.36
JL P KEMERDEKAAN KM 12

(L/P)

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT)

Saya mengetahui dan menyetujui adanya siswa/mahasiswa pendidikan kesehatan di RSUD Kota Makassar. Nama Pasien	DATA UMUM PASIEN		VI. PENDIDIKAN KESEHATAN DI RSUD KOTA MAKASSAR
Resentand RSUD Kota Makassar. Nur AFINIM S MONNOSS Tanggal Lahir 90 - 00 2003		11=79 00	
Penanggung Jawab Nama Nup AFFIAN A L/P Umur LO LO LON Hubungan dengan Pasien Alamat Tempat Tinggal Alamat Temp			kesehatan di RSUD Kota Makassar.
Penanggung Jawab Nama Nup REIARTA L/P Umur	Nama Pasien		
Nama Nup AFFLAMA L/P Umur 18 Mix Hubungan dengan Pasien Alamat Tempat Tinggal Alamat Tempat Tinggal Alamat Tempat Tinggal Alamat Tempat Tinggal No. Telepon / HP O821 9414 5420 I. PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnosti dan untuk membarikan pengobatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional mereka. Prosedur diagnosti dan perawatan medis, tida terhatas pada eletrocacingrams, xay, tes darah, terapi fisik, pembaranga bahwa batash akai Japanu nyang saya berikan tida termatasu perawatan medis saya mengizinkan dokter dan profesional mereka. Prosedur diagnosti dan perawatan medis, tida terhatas pada eletrocacingrams, xay, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemerikasan lainnya. Persetujuan vang saya berikan tida termatasu perawatan medis sutuk diritasaya saya berikan tida termatasu perawatan medis sutuk diritasaya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar: Tanggungjawab pembayaran: Saya mengetakui bahwa saya wemiliki kondisi yang merugikan saya. VII. HAK DAN KEWAIBAN PASIEN Saya telah menerima informasi tentang tata tertib SUD Kota Makassar melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk selalu memakai tanda pengenal khusus yang diberikan RS, dan demi keamanan seluruh pasien setap eluarga dan siapapun yang disediakan perawatan Busapapunga kan mengunjungi saya di lua jam berkunjung, bersedia untuk dimintad/diperiksa identias ya dan ketuartuk dimintad/diperiksa identias ya dan siapapun yang diberikan RS. VII. HAK DAN KEWAIBAN PASIEN Saya telah menerima informasi tentang tata tertib SUD Kota Makassar melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk dimintad/diperiksa identias ya dan keluarga dan siapapun yang disediakan perawatan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar barya darah tentama penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dara barya dan ketuartuk dimintad/diperiksa identias ya dan ke	Tanggal Lahir	00-00- 2003	
Umur 18	Penanggung Jawab		Saya tida diperkenankan membawa barang berharga selama dalam
Kota Makassar bertanggung jawab menjaga barang milik pasien yang ditip an atau barang milik pasien karena pasiennya adak dapat menjaganya. Alamat Tempat Tinggal :	Nama		diminta untuk membawa pulang atau menitip an ke rumah sakit. RSUD Kota Makassar bertanggung jawab menjaga barang milik pasien yang ditip an atau barang milik pasien karena pasiennya adak dapat
Hubungan dengan Pasien Alamat Tempat Tinggal Alamat Tempat Tinggal Alamat Tempat Supa beserta keluarga bersedia untuk kelau memakat and depersedal khusu yaya penayatan keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk kelau memakal identias ang diberikan Rs, dan demikeamanan seluruh pasien setap eluarga dan siapapun yang akan memgunjung isaya di luaj jam berkunjung, bersedia untuk dinikeluarga di RSUD Kota Makassar memakai identias ang diberikan Rs, dan kewajiban pasien dan kewajiban pasien dan keluarga dan RSUD Kota Makassar ramatau baranga dan keluarga yang menyakain pen	Umur		
melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhinya • Anggota keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk mematuhinya • Anggota keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk memakai tanda pengenal khusus yang diberikan RS, dan demi keamanan seluruh pasien setiap eluarga dan siapapun yang akan mengunjugi saya di lua jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identias ya dan memakai identias ang diberikan RS. **VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang diperikan RS. **VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. **VII. INFORMASI BIAYA* Saya mematuhinya pasien darah dan perduk dara saya semangan selari para perawatan medis untuk diri aya sendri, saya memhami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar itau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. **II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS** Jaya mengliinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan nadakan pensaangan selang urin, pemasangan selang wangan separawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. Jakai PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendafar di TPPRI saya sanggup melengkapi persyaratan tanggung jawab pembayaran. Jakai PASIEN BPIS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, Jika hasil skriningan dari 2224 jam dan apabila dalam tempo 2224 jam dan apabila dalam	Hubungan dengan Pasien	Kewarga	
melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhinya • Anggota keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk mematuhinya • Anggota keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk memakai tanda pengenal khusus yang diberikan RS, dan demi keamanan seluruh pasien setiap eluarga dan siapapun yang akan mengunjugi saya di lua jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identias ya dan memakai identias ang diberikan RS. **VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang diperikan RS. **VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. **VII. INFORMASI BIAYA* Saya mematuhinya pasien darah dan perduk dara saya semangan selari para perawatan medis untuk diri aya sendri, saya memhami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar itau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. **II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS** Jaya mengliinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan nadakan pensaangan selang urin, pemasangan selang wangan separawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. Jakai PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendafar di TPPRI saya sanggup melengkapi persyaratan tanggung jawab pembayaran. Jakai PASIEN BPIS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, Jika hasil skriningan dari 2224 jam dan apabila dalam tempo 2224 jam dan apabila dalam		. Jalan Sahalpat Unhas	
No. Telepon / HP **OB2\ 94\4, \$42D **I. PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN Berawatan medis, saya memilikik kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnosti dan untuk memberikan pengobatan medis angi diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnosti dan untuk memberikan pengobatan medis angi diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnosti dan perawatan medis, tida terbatas pada electrocadiograms, x-ray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemerikasan lainnya. **Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara tatu dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. **II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS aya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jamina	The state of the s		melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhinya
tanda pengenal khusus yang diberikan RS, dan demi keamanan seluruh pasien setiap eluarga dan siapapun yang akan mengunjungi saya di lua jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identias ya dan memakai identias ang diberikan RS. VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN Saya mengatahui bahwa saya memilikik kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnosti dan untuk memberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnosti dan perawattan medis, tida terbatas pada electrocadiograms, xray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya. Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk darah terapa pengobatan risiko tingi lainnya. Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk diri saya sendiri, saya memutuskan untuk menghenti an perawatan medis untuk diri saya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar atau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. III. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan nengangijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan nengangijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan nengangan selang urin, pemasangan urin, pemasangan selang urin, pemasangan selang urin, pemasang			
Jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identias ya dan memakai identias ang diberikan RS. VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang diserlukan pengebatan medis, saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. VII. INFORMASI BIAYA Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. VII. INFORMASI BIAYA Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an yang diberikan kepada pasien, bahwa sesuai pertimban an		0821 0414 5420	tanda pengenal khusus yang diberikan RS, dan demi keamanan seluruh
Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnosti dan untuk memberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnosti dan perawatan medis, tida terbatas pada electrocadiograms, x-ray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya. Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara hatau prose	No. Telepon / HP		jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identias ya dan
Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnosti dan untuk memberikan pengobatan medis diagnosti dan penilaian profesional mereka. Prosedur diagnosti dan penawatan medis, tida terbatas pada electrocadiograms, xoray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya. Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk darah darah dan perawatan medis untuk diri daya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar tatau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS Daya mengilinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan nya mengan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan teKG, pem	I. PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN		
Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. VII. INFORMASI BIAYA Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa setatu prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara datau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara datau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara datau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara datau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara datau pengobatan risiko tingi lainnya. Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi datau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara datau pengobatan risiko tingi lainnya. Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk diri datau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an yang diberikan kepada pasien, bahwa sesuai pertimban an 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 setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an 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 setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk menghayara total biaya perawatan biaya perawatan pasien, maka saya wajib untuk menghayaran tada baka basa saya wajib untuk menghayaran sedari, tangan jama saya. Pasien bayar sendiri (umum)	Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan		
keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. Keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. Keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas. VII. INFORMASI BIAYA Saya menyatkan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa setua prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sitau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara sau pemayaman an yang diberikan setuju, balika sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an yang diberikan kepada pasien, maka saya waijib untuk mempayar total biaya perawatan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan RSUD Kota Makassar: Tanggungjawab pembayaran: Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan pemasangan infus, pemasangan selang valikan setuju, balikan sebagai pasien, bahwa sesuai pertuahan sebagai p	perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk		
VII. INFORMASI BIAYA Saya menyatakan medis, tida terbatas pada electrocadiograms, x-ray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya. Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara perta pengobatan risiko tingi lainnya. Saya memutuskan untuk menghenti an perawatan medis untuk diri saya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar satau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan ndakan pemasangan alat medis seperr melakukan penyunukan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang win, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang win, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya mengakui bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk	melakukan prosedur diagnosti dan untuk memberikan pengobatan medis		keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas.
Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara serta pengobatan risiko tin gi lainnya. Iika saya memutuskan untuk menghenti an perawatan medis untuk diri saya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar satau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS saya mengalihkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan ndakan pemasangan alat medis seperr melakukan penyunukan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang urin, pemasangan selang			
Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk membayar total biaya perawatan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya sendiri, saya memutuskan untuk menghenti an perawatan medis untuk diri ataya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar saya dan ketentuan RSUD Kota Makassar saya dan ketentuan RSUD Kota Makassar saya dan ketentuan RSUD Kota Makassar saya mengijinkan dokter didakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan ndakan pemasangan alat medis seperr melakukan pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang urin, pemasangan selang urin, pemasangan selang oksigen, dan lain lain. III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN Saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimban an yang diberikan kepada parawatan. Biaya perawatan. Biaya perawatan. Biaya perawatan Biaya perawatan barya perawatan pasien, maka saya wajib untuk membayar biaya perawatan Biaya perawatan pasien, maka saya wajib untuk membayar biaya perawatan barya perawatan pasien, maka saya wajib untuk membayar biaya perawatan Biaya perawatan pasien, maka saya wajib untuk membayar biaya perawatan barya perawatan pasien, menggunakan: Saya menyatakan setuju, baiya perawatan. Biaya perawatan Biaya perawatan Biaya perawatan barya perawatan pasien, menggunakan: BASI 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 tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya pe	ray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya.		VII. INFORMASI BIAYA
membayar total biaya perawatan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya saya memutuskan untuk menghenti an perawatan medis untuk diri saya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar satau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan ndakan pemasangan alat medis seperr melakukan penyunukan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang oksigen, dan lain lain. III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN Jaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk membayar total biaya perawatan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan RSUD Kota Makassar: Tanggungjawab pembayaran: Saya menyatakan bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan: Saya menyatakan bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan: BPJS PBI BPJS Non PBI Lain-lain: BAGI PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendafar 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 tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar sebagai pasien umum BAGI PASIEN BPJS yang rawat inap akan segera mengurus jaminan BPJS dalam tempo 2x24 jam dan apabila dalam tempo 2x24 jam	Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk daral		Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa
biaya dan ketentuan RSUD Kota Makassar : Tanggungjawab pembayaran : Saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar i Tanggungjawab pembayaran : Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan pemasangan alat medis seperr melakukan pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang oksigen, dan lain lain. III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN Saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk biaya dan ketentuan RSUD Kota Makassar : Tanggungjawab pembayaran : Saya menyatakan bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan : Pasien bayar sendiri (umum)			sesuai pertimban an yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk
Tanggungjawab pembayaran: Saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar atau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya. II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan indakan pemasangan alat medis seperr melakukan penyunukan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemasangan selang oksigen, dan lain lain. III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN Saya mengakui bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya menyatakan bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan: Pasien bayar sendiri (umum)			biaya dan ketentuan RSUD Kota Makassar :
Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan ndakan pemasangan alat medis seperr melakukan pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemasangan selang oksigen, dan lain lain. III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN Saya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk Saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk	saya sendiri, saya memahami dan menyadari bahwa RSUD Kota Makassar		
BPJS PBI BPJS Non PBI Lain-lain: BPJS PBI BPJS Non PBI Lain-lain: BAGI PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendafar 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 tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar sebagai pasien umum Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk	atau dokter tidakbeanggung jawab atas hasil yang merugikan saya.		Saya menyatakan bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan :
 III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN iaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI isaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya. ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan tanggung jawab pembayaran. ibaya sadar bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan tanggung jawab pembayaran. ibaya sadar bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap melengkapi persyaratan. ibaya sadar bahw	II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS		Pasien bayar sendiri (umum) Kerja sama :
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 passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk	Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan		PRIS DDI PRIS Non DDI PRIS NON PRIS
 JIII. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN Jaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. Jaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. Jaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap aya. Jaya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap berawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. Jaya sadar bahwa TiALAN pada saat mendatar 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 tanggung jawab pembayaran. BAGI PASIEN BPJS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, jika hasil skrining awal tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar sebagai pasien umum 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 tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar sebagai pasien umum 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 rawat inap akan segera mengurus jaminan BPJS dalam tempo kurang dari 2x24 jam dan apabila dalam tempo 2x24 jam 	pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan,		Lain-lain:
 HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN 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 tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar 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 			1) BAGI PASIEN RAWAT JALAN pada saat mendafar di TPPRJ saya sanggup
hari, tanggal, dan jam masuk di RSUD Kota Makassar saya sanggup melengkapi persyaratan. aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk 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 tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar 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			melengkapi persyaratan tanggung jawab pembayaran.
melengkapi persyaratan. 3) BAGI PASIEN BPJS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, jika hasil skrining awal tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar sebagai pasien umum 1V. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk melengkapi persyaratan. BAGI PASIEN BPJS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, jika hasil skrining awal tidakmemenuhi krieria awat darurat bersedia untuk membayar biaya perawatan dan terdafar 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			hari, tanggal, dan jam masuk di RSUD Kota Makassar sava sanggup
serawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada aya. IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk	aya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap		melengkapi persyaratan.
IV. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk membayar biaya perawatan dan terdafar 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	perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada		3) BAGI PASIEN BPJS yang masuk lewat Instalasi Gawat Darurat, jika hasil
PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI 4) BAGI PASIEN BPJS yang rawat inap akan segera mengurus jaminan BPJS dalam tempo kurang dari 2x24 jam dan apabila dalam tempo 2x24 jam			membayar biaya perawatan dan terdafar sebagai pasien umum
diagnostk, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostk yang akan diagnostk, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostk yang akan tidak bisa menyatakan jaminan RPIS maka saya bersadia menjadi			4) BAGI PASIEN BPJS yang rawat inap akan segera mengurus jaminan BPJS
	diagnostic hasil laboratorium dan hasil tes diagnostic yang alam		व्यावम र्थम्भ० kurang dari 2x24 jam dan apabila dalam tempo 2x24 jam

X. PERNYATAAN

pasien umum.

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

Makassar, 19 (03/8089

Pasien / Keluarga / PJ

Petugas Rumah Sakit

V. KEINGINAN PRIVAS

RSUD Kota Makassar.

dan atau lembaga pemerintah lainnya.

digunakan untuk perawatan medis, akan dijamin kerahasiaannya oleh

memberikan informasi tentang rahasia kedokteran saya bila diperlukan untuk memproses klaim BPJS, asuransi kesehatan lainnya, perusahaan

Saya memberi wewenang kepada RSUD Kota Makassar untuk

Saya memberi wewenang kepada RSUD Kota Makassar untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan

pengobatan saya kepada anggota keluarga saya dan kepada :