

## **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:329027

DANDI TGL LAHIR :02-07-1999 JL KEMAUAN V NO 6

14/03/2024

(L/P)

1 / PI

1 / RI

## PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT)

10" Lailli .

FERSETOJOAN ONIONI (GENERAL CONSENT)		
DATA UMUM PASIEN		VI. PENDIDIKAN KESEHATAN DI RSUD KOTA MAKASSAR
NO. RM	329 027 Dandi	Saya mengetahui dan menyetujui adanya siswa/mahasiswa pendidikan kesehatan di RSUD Kota Makassar.
Nama Pasien		M. MICORAGO DAMANA
Tanggal Lahir	02-07-1999	VI. INFORMASI RAWAT INAP
Penanggung Jawab Nama Umur Hubungan dengan Pasien	Kartika (P) 22 Eanun Sodara Kandung	<ul> <li>Saya tida diperkenankan membawa barang berharga selama dalam perawatan di RSUD Kota Makassar, jika ada keluarga atau teman harus diminta untuk membawa pulang atau menitipan ke rumah sakit. RSUD Kota Makassar bertanggung jawab menjaga barang milik pasien yang ditip an atau barang milik pasien karena pasiennya adak dapat menjaganya.</li> </ul>
Alamat Tempat Tinggal	: Antang 12ava	<ul> <li>Saya telah menerima informasi tentang tata tertib SUD Kota Makassar melalui leaflet dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhinya</li> </ul>
No. Telepon / HP  I. PERSETUJUAN PELA	: 084130071430 YANAN KESEHATAN	<ul> <li>Anggota keluarga yang menunggu saya, bersedia untuk selalu memakai 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.</li> </ul>
Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan		VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN
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		Saya telah mendapatkan penjelasan tentang hak dan kewajiban pasien dar keluarga di RSUD Kota Makassar melalui leaflet yang disediakan petugas.
diagnosti dan perawattan medis, tida terbatas pada electrocadiograms, x-ray, tes darah, terapi fisik, pemberian obat dan pemeriksaan lainnya.		VII. INFORMASI BIAYA
Persetujuan yang saya berikan tida ermasuk persetujuan untuk operasi atau prosedur invasif, anestesi (sedasi), pemakaian darah dan produk dara serta pengobatan risiko tingi lainnya.  Jika 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.		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 bahwa biaya perawatan pasien, menggunakan :
II. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS		Pasien bayar sendiri (umum) Kerja sama :
Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan tndakan pemasangan alat medis seperr melakukan penyunukan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang oksigen, dan lain lain.		BPJS PBI BPJS Non PBI Lain-lain:
III. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN		<ol> <li>BAGI PASIEN RAWAT INAP dalam waktu 2x24 jam kerja terhitung sejak hari, tanggal, dan jam masuk di RSUD Kota Makassar saya sanggup melengkapi persyaratan.</li> <li>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</li> <li>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.</li> </ol>
Saya sadar bahwa praktik edokteran dan bedah bukanlah ilmu passtdan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada saya.		
<ul> <li>PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI</li> <li>Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya, termasuk diagnostk, hasil laboratorium dan hasil tes diagnoosk yang akan digunakan untuk perawatan medis, akan dijamin kerahasiaannya oleh</li> </ul>		

## X. PERNYATAAN

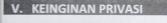
SAYA TELAH MEMBACA dan SEPENUHNYA SETUJU dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangani dengan kesadaran semdiri dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 19 (03/ 2029

Pasien / Keluarga / PJ

Petugas Rumah Sakit





RSUD Kota Makassar.

dan atau lembaga pemerintah lainnya.

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:

memberikan informasi tentang rahasia kedokteran saya bila diperlukan

untuk memproses klaim BPJS, asuransi kesehatan lainnya, perusahaan