

GENERAL CONSENT

1. Persetujuan Untuk Diagnosis, Perawatan, dan Pengobatan

Saya mengizinkan tenaga professional kesehatan rumah sakit yang terlibat dalam perawatan saya untuk memeriksa dan memberikan diagnosis, perawatan, dan pengobatan terhadap saya. Pemeriksaan dan pengobatan termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan EKG, X-ray, terapi fisik, pemeriksaan darah, dan pemberian obat. Saya sadar bahwa praktek kedokteran bukanlah ilmu pasti dan mengerti bahwa tidak ada jaminan atas hasil dari pengobatan atau tindakan yang telah dilakukan terhadap saya. Saya mengizinkan RS untuk menggunakan, menyimpan, dan membuang setiap jaringan, cairan, atau bahan pemeriksaan yang dikeluarkan dari tubuh saya selama dirawat.

2. Akses Ke Informasi Kesehatan

Saya mengerti bahwa RS akan memelihara catatan yang berisi informasi medis, pribadi dan lainnya sehubungan dengan diagnosis, perawatan, dan pengobatan saya dalam bentuk elektronik, kertas, dan bentuk lainnya. Informasi pribadi dan medis saya akan digunakan untuk kepentingan pengobatan, memperoleh pembayaran atas pelayanan, bahan habis pakai, dan untuk mendukung kegiatan RS. Saya mengizinkan dokter dan professional kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan saya untuk menghubungi dokter, professional kesehatan, rumah sakit, farmasi, dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya untuk memperoleh dari penyedia tersebut informasi yang berkaitan dengan kondisi kesehatan saya sebelumnya dan saat ini. Lebih lanjut saya mengizinkan dokter dan professional kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan saya untuk membuka informasi tentang diagnosis dan pengobatan saya untuk kepentingan koordinasi dan kelangsungan perawatan medis saya

3. Tanggung Jawab Untuk Pembayaran

Saya mengizinkan RS untuk menagih pembayaran saya (termasuk kepada pihak asuransi atau penjamin lain) untuk seluruh pelayanan medis, teknis dan fasilitas, dan bahan habis pakai yang diberikan terhadap saya. Lebih lanjut saya mengizinkan RS untuk memberikan informasi dari rekam medis saya yang diperlukan untuk kepentingan pembayaran. Jika asuransi atau penjamin saya tidak menanggung sebagian atau seluruh tagihan, RS akan menagih saya sejumlah tagihan tersebut, dan saya pribadi akan bertanggung jawab untuk membayar biaya yang tidak ditanggung. Saya mengerti bahwa setiap pertanggung jawaban kesehatan terhadap saya harus sesuai dengan polis asuransi / benefit yang saya miliki. Jika saya tidak diasuransikan, saya setuju untuk bertanggung jawab secara penuh untuk membayar biaya yang timbul atas pelayanan kesehatan yang saya terima

4. Persetujuan dan Pemberian Ijin Khusus

Saya mengerti bahwa saya akan memiliki kesempatan lebih lanjut untuk memberikan persetujuan pengobatan dan tindakan dan atau pemberian ijin khusus. Saya mengerti bahwa jika persetujuan atau pemberian ijin khusus saya diperlukan oleh peraturan, saya akan memiliki hak untuk membatalkan persetujuan dan atau pemberian ijin tersebut. Tetapi pembatalan tersebut tidak berlaku jika pengobatan dan atau tindakan tersebut telah dilakukan.

5. Melepaskan dari Kewajiban Terhadap Barang Berharga

Saya secara pribadi bertanggung jawab penuh terhadap barang berharga milik saya termasuk namun tidak terbatas pada uang, perhiasan, cek, kartu kredit, dan lain-lain. Saya mengerti bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab terhadap barang berharga milik saya yang berada dibawah pengawasan saya.

6. Pengesahan

Formulir ini telah dijelaskan kepada saya dan saya telah memiliki kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan saya. Saya puas bahwa saya memahami isinya. Saya mengerti bahwa saya bebas untuk membatalkan pemberian ijin tertulis setiap saat tanpa prasangka apapun. Lebih lanjut saya mengerti bahwa jika saya memiliki pertanyaan kapan pun, dokter, perawat, atau petugas lainnya tersedia untuk menjawabnya.

Tanda tangan saya di bawah ini menandakan bahwa saya mengerti informasi di atas dan telah memberikan persetujuan saya secara bebas dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Tanggal :.....

Jam :.....

Pihak Pasien

Saksi

(.....)

(.....)

Pihak Rumah Sakit

Saksi

(.....)

(.....)