

# ROMSEY & LANCEFIELD MEDIS

## INFORMASI PASIEN

☐ Tn ☐ Nyonya ☐ MS ☐ Merindukan ☐ Tiang kapal ☐ dr

Nama belakang Nama depan: \_\_\_\_\_

Tanggal lahir: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Alamat Pos: \_\_\_\_\_ Kota: \_\_\_\_\_ Kode Pos: \_\_\_\_\_

Alamat Jalan (jika berbeda dengan pos): \_\_\_\_\_

Telepon Siang Hari: \_\_\_\_\_ Ponsel: \_\_\_\_\_ Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Alamat email: \_\_\_\_\_

**Keadaan darurat** Kontak person: \_\_\_\_\_ Hubungan dengan kamu: \_\_\_\_\_  
 Hubungi nomor telepon (ponsel): \_\_\_\_\_ Rumah: \_\_\_\_\_

**Keluarga terdekat** Nama & alamat: \_\_\_\_\_ Hubungan dengan kamu: \_\_\_\_\_  
 Hubungi nomor telepon (ponsel): \_\_\_\_\_ Rumah: \_\_\_\_\_

**Identitas budaya Anda:**  
☐ Asli ☐ Penduduk Pulau Selat Torres ☐ Non Pribumi ☐ Lainnya \_\_\_\_\_

**Nomor Medicare**  
 Ref No. Di samping nama: \_\_\_\_\_ Kedaluwarsa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nomor Kartu Konsesi (Kartu Pensiunan atau Perawatan Kesehatan)**  
 Kedaluwarsa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nomor Kartu DVA**  
☐ Emas DVA ☐ atau Kartu Putih Kedaluwarsa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tanggungannya Anak/Anggota Keluarga Lainnya			
Nama	Tanggal lahir	Nama	Tanggal lahir
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**MASUKAN**

Bagaimana Anda mengetahui tentang Pusat Medis kami?

<input type="checkbox"/> Dari Mulut ke Mulut	<input type="checkbox"/> Halaman putih	<input type="checkbox"/> Halaman Kuning
<input type="checkbox"/> Tanda di luar latihan	<input type="checkbox"/> Berkendara / Berjalan melewati	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Buletin	<input type="checkbox"/> Teman-teman	
<input type="checkbox"/> Farmasi	<input type="checkbox"/> Lainnya (sebutkan) _____	

SILAHKAN HUBUNGI DAN LENGKAPI RINGKASAN KESEHATAN

Apakah Anda memiliki masalah kesehatan yang sedang berlangsung? YA

☐

TIDAK

☐

Jika ya, sebutkan

---

---

---

Apakah Anda memiliki masalah kesehatan yang signifikan sebelumnya? YA

☐

TIDAK

☐

---

---

Pernahkah Anda memiliki atau riwayat keluarga

Diabetes	- Ibu	- Ayah	- Kakak adik	- Eyang	-	TIDAK
Penyakit jantung	- Ibu	- Ayah	- Kakak adik	- Eyang	-	TIDAK
Stroke	- Ibu	- Ayah	- Kakak adik	- Eyang	-	TIDAK
Asma	- Ibu	- Ayah	- Kakak adik	- Eyang	-	TIDAK
Kanker	- Ibu	- Ayah	- Kakak adik	- Eyang	-	TIDAK

Jika ya untuk pertanyaan kanker, sebutkan jenis apa: \_\_\_\_\_

Sebutkan semua obat yang saat ini Anda gunakan;

Tidak ada

☐

---

---

Harap cantumkan obat, makanan, atau alergi lain yang Anda miliki;

Nihil diketahui

☐

Anda merokok?

TIDAK

Ya

Apakah Anda mengonsumsi alkohol?

TIDAK

Ya

Kadang-kadang

Apakah Anda mengambil zat rekreasi lainnya? TIDAK

Ya

Kadang-kadang

Jika Anda seorang mantan perokok, kapan Anda berhenti?  
..... Berapa banyak per hari? .....

Berapa banyak minuman standar per hari..... Pekan.....

Mohon detailnya.....

Kapan terakhir kali Anda mendapatkan imunisasi ini?

Influenza

Tanggal;

Radang paru-paru

Tanggal;

Tetanus

Tanggal;

Kesehatan perempuan

Kapan Pap Smear terakhir Anda?

Tanggal jika diketahui.....

Dalam 12 bulan terakhir Dalam

2 tahun terakhir Lebih dari 2

tahun yang lalu Lebih dari 4

tahun yang lalu Tidak pernah

Tidak dibutuhkan

Kesehatan Pria - jika di atas usia 45 Kapan

pemeriksaan prostat terakhir Anda? Tanggal

jika diketahui.....

Dalam 12 bulan terakhir Dalam

2 tahun terakhir Lebih dari 2

tahun yang lalu Lebih dari 4

tahun yang lalu Tidak pernah

Pemakaian kantor saja

Tanggal masuk \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nama



Kami memerlukan persetujuan Anda untuk mengumpulkan informasi pribadi tentang Anda. Harap baca informasi ini dengan saksama, dan tandatangani di tempat yang ditunjukkan di bawah ini.

Romsey Medical & Lancefield Medical Centers mengumpulkan informasi dari Anda dengan tujuan utama memberikan perawatan kesehatan yang berkualitas. Kami meminta Anda untuk memberikan kami data pribadi Anda dan riwayat medis lengkap sehingga kami dapat menilai, mendiagnosis, merawat, dan proaktif dengan benar dalam kebutuhan perawatan kesehatan Anda. Ini berarti kami akan menggunakan informasi yang Anda berikan dengan cara berikut:

- Tujuan administratif dalam menjalankan praktik kedokteran kami. -

- Tujuan penagihan, termasuk kepatuhan terhadap persyaratan Medicare Australia. -

- Pengungkapan kepada orang lain yang terlibat dalam perawatan kesehatan Anda, termasuk merawat dokter dan spesialis di luar ini  
- praktek medis. Hal ini dapat terjadi melalui rujukan t- o dokter lain, atau untuk tes medis dan dalam laporan atau hasil kembali kepada kami mengikuti arahan.

- Untuk menghubungi Anda atau keluarga Anda untuk tujuan Penarikan & Pengingat -

Informasi pasien tidak boleh diberikan kepada pihak ketiga tanpa persetujuan tertulis dari pasien.

---

Saya telah membaca informasi di atas dan memahami alasan mengapa informasi saya dikumpulkan.

Saya mengerti bahwa saya tidak berkewajiban untuk memberikan informasi apa pun yang diminta dari saya, tetapi kegagalan saya untuk melakukannya dapat membahayakan kualitas perawatan kesehatan dan pengobatan yang diberikan kepada saya.

Saya menyadari hak saya untuk mengakses informasi yang dikumpulkan tentang saya, kecuali dalam beberapa keadaan di mana akses mungkin ditahan secara sah. Saya mengerti saya akan diberi penjelasan dalam keadaan seperti ini.

Saya memahami bahwa jika informasi saya akan digunakan untuk tujuan lain selain yang disebutkan di atas, persetujuan saya lebih lanjut akan diperoleh.

Saya menyetujui penanganan informasi saya dengan praktik ini untuk tujuan yang ditetapkan di atas.

Tertanda \_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_