



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) PASIEN RAWAT INAP

Pasien / Keluarga menyatakan persetujuan atas hal – hal sebagai berikut :

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1.	Hak, kewajiban dan tanggung jawab pasien / keluarga Dengan menandatangani dokumen ini saya pasien/ penanggung jawab/wali keluarga saya menyatakan bahwa telah memperoleh dan menerima semua informasi mengenai hak-hak, kewajiban dan tanggung jawab pasien/ keluarga pada saat proses pendaftaran pasien terdapat pada leaflet hak dan kewajiban pasien.
2.	Akses informasi kesehatan <ol style="list-style-type: none"> Saya dengan ini memberikan persetujuan kepada rumah sakit Dharma Nugraha untuk memberikan informasi tentang hal-hal berkaitan dengan kesehatan saya kepada penanggung jawab, keluarga, <ul style="list-style-type: none"> (hubungan pasien.....) (hubungan pasien) Pihak yang menjamin biaya perawatan saya di rumah sakit, jika ada hal-hal yang tidak boleh diinformasikan maka akan dibuat pernyataan tersendiri.
3.	Kerahasiaan Informasi Medis/ kedokteran dan Pelepasan Informasi Saya setuju RS Dharma Nugraha menjamin rahasia kedokteran saya dan hanya menggunakannya untuk kepentingan perawatan atau pengobatan, penagihan asuransi, Pendidikan dan penelitian, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang lain/ pihak lain yang saya beri kuasa untuk itu.
4	Privasi Apabila saya memerlukan hal-hal yang menyangkut privasi saya sebagai pasien, saya akan menyampaikan kepada staf RS Dharma Nugraha dengan membuat pernyataan tentang kebutuhan privasi.
5	Keamanan barang berharga milik pasien <ol style="list-style-type: none"> Bahwa rumah sakit telah menginformasikan agar tidak membawa barang-barang berharga seperti perhiasan, uang berlebihan, elektronik dll untuk menghindari terjadinya kehilangan/ keamanan selama di rumah sakit. Bahwa rumah sakit mengizinkan keluarga berkunjung diluar jam kunjung sesuai dengan kebutuhannya, termasuk tetapi tidak terbatas pada kelas perawatan tertentu harus lapor dan menukarkan identitas dengan kartu identitas dengan kartu tamu (nametag tamu/ pengunjung). Saya diinformasikan bahwa pasien yang tidak dapat menjaga barang miliknya misalnya pasien gawat darurat, tidak sadar, tindakan bedah rawat sehari, dan pasien yang menyatakan tidak mampu menjaga barang miliknya, pasien tidak ada keluarganya maka dapat menitipkan kepada rumah sakit dengan mengisi formulir penitipan barang milik pasien. Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
6	Second opinion Saya telah diinformasikan bahwa pasien/ keluarga pasien berhak untuk meminta second opinion/ memin pendapat kedua dalam pelayanan medis terhadap dirinya/ keluarga saya.
7	Informasi pelayanan dan fasilitas rumah sakit Saya diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatk pelayanan Rawat Inap dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dapat diaks melalui weebbs, leaflet/ layer.
8	Pengajuan keluhan <ol style="list-style-type: none"> Saya diinformasikan tata cara pengajuan keluhan dan tindak lanjut bila ada keluhan terkait pelayan



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun Jakarta timur
Telp. (021) 4707433- s/d 37
Website : www.dhamanugraha.co.id

FORMULIR PENYIMPANAN DAN SERAH TERIMA

BARANG BERHARGA MILIK PASIEN

Hari, tgl dan jam penitipan barang : ____/____/____, jam : ____

Nama pasien, tgl lahir : _____, Tgl : ____/____/____

Alamat : _____

Nama yang menyerahkan barang : _____ Tgl lahir : ____/____/____

No telepon : _____

ALASAN PENITIPAN : ☐ Emergency / Gadar ☐ Pasien tdk ada keluarga

☐ Pasien tidak melindungi/ membuat keputusan barang miliknya

☐ Lain-lain _____

PENITIPAN BARANG ANTARA LAIN :

NO	NAMA BARANG	JML & KONDISI BARANG SERAH		JML & KONDISI BARANG SERAH		KET
		JML	KONDISI	JML	KONDISI	
1						
2						
3						
4						
5						

Jakarta, ____/____/____, Jam ____

Yang menyerahkan

Yang menerima
Petugas RS

(_____)

Nama dan TT

(_____)

Nama dan TT

PENGEMBALIAN BARANG

Tgl jam : ____/____/____, Jam ____

Yang menyerahkan
Petugas RS

Yang menerima