



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

RM 004/002/2023

LABEL IDENTITAS PASIEN

### PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) RAWAT JALAN

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1	<b>Hak dan Kewajiban Pasien/ Keluarga</b> a. Saya sudah mendapatkan penjelasan dan mengerti tentang hak dan kewajiban saya sebagai pasien/ keluarga sesuai dengan yang termuat dalam leaflet. b. Saya diinformasikan tentang tata tertib yang berlaku di rumah sakit Dharma Nugraha c. <b>Sebagai pasien saya memiliki hak mendapatkan penjelasan tentang informasi medis dan mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan, menyetujui dan menolak tindakan atau pengobatan setelah mendapatkan penjelasan.</b>
2	<b>Pengobatan/ Tindakan Medis</b> a. Saya mengerti bahwa tindakan kedokteran adalah berisiko, meliputi tindakan medis berupa pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang dilakukan oleh dokter/ dokter gigi terhadap pasien. b. Saya mengizinkan dokter dan pemberi asuhan lainnya untuk melakukan pengkajian, prosedur diagnostik dan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka, termasuk tapi tidak terbatas pada pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG), X-ray dan test darah, terapi fisik, pemberian obat dan prosedur lainnya yang berisiko rendah yang tidak membutuhkan persetujuan khusus. c. Saya diinformasikan bahwa dalam tindakan kedokteran berisiko akan diberikan penjelasan oleh dokter yang merawat.
3	<b>Kerahasiaan Informasi Medis dan Pelepasan Informasi</b> a. Saya mengerti bahwa informasi medis pasien termasuk diagnosa, hasil laboratorium dan hasil test diagnostik yang digunakan untuk perawatan dan pengobatan medis akan dijaga kerahasiaannya oleh rumah sakit, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau memberikan kuasa kepada orang lain. b. Saya menyetujui dan memberikan wewenang kepada rumah sakit menggunakan informasi medis pasien untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, penagihan kepada asuransi/ pembayar biaya pengobatan dan pembahasan/ pemantauan yang dibutuhkan oleh rumah sakit. c. Jika saya menghendaki pelepasan informasi yang tidak/ diatur oleh undang-undang/ aturan terkait tentang informasi kesehatan, diagnosis, pemeriksaan dan pengobatan, maka sebagai pasien/ keluarga akan membuat pernyataan.
4	<b>Keamanan Barang Berharga Milik Pasien</b> a. Saya diinformasikan jika pasien tidak dapat menjaga barang miliknya misalnya pasien gawat darurat, tidak sadar, tindakan bedah rawat sehari, dan pasien yang menyatakan tidak mampu menjaga barang miliknya, dan tidak ada keluarga, maka dapat menitipkan kepada rumah sakit dengan mengisi formulir penitipan barang. b. Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, karena poliklinik/ rawat jalan merupakan area umum/ area publik, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
5	<b>Informasi Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit</b> Saya telah diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan pelayanan Rawat Jalan dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dengan fasilitas leaflet/ flyer.
6	<b>INFORMASI BIAYA</b> Saya sudah mendapatkan penjelasan tentang informasi biaya sebagai konsekuensi pengobatan/ tindakan yang diberikan kepada saya/ keluarga saya* sebagai pasien dan bersedia untuk memenuhi kewajiban finansial ini setelah mendapatkan pelayanan baik jaminan, asuransi, pribadi.
<b>SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas.</b>	
Jakarta _____, 20____	
Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien _____	
Petugas Rumah Sakit _____	
Nama dan Tanda Tangan _____	
Nama dan Tanda Tangan _____	
Hubungan dengan pasien :pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penangggng jawab pasien ( Lingkari)	