





# Dharma Nugraha Hospital

Amerilira E.S.



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

RM 00

11.BB.BAAN, AMERILIRA ERYA S.  
28/03/2011 12 thn 8 bln 5 hr  
Apung Dermanto Dr, Sp A  
Tgl 14/07/2023 230714-000  
JAMINAN, KELAS II  
Lbr 310, 01

## Persetujuan Umum (General Consent) Pasien Rawat Inap

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

### MATERI INFORMASI/ PENJELASAN

#### 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.

#### Akses informasi kesehatan

- Saya dengan ini memberikan persetujuan kepada rumah sakit Dharma Nugraha untuk memberikan informasi tentang hal-hal berkaitan dengan kesehatan saya kepada penanggung jawab, keluarga, ada keluarga ( hubungan pasien ..... )
- Pihak yang menjamin biaya perawatan saya di rumah sakit, ( hubungan pasien ..... )
- Jika ada hal-hal yang tidak boleh diinformasikan maka akan dibuat pernyataan tersendiri.

#### 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.

#### Privasi

Jika saya memerlukan hal-hal yang menyangkut privasi saya sebagai pasien, saya akan menyampaikan kepada staf RS Dharma Nugraha dengan membuat pernyataan tentang kebutuhan privasi.

#### Kepemilikan barang berharga milik pasien

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 ditiptkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.

#### Second opinion

Saya telah diinformasikan bahwa pasien/ keluarga pasien berhak untuk meminta second opinion/ meminta kedua dalam pelayanan medis terhadap dirinya/ keluarga saya.

#### Informasi pelayanan dan fasilitas rumah sakit

Saya diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan Rawat Inap dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dapat diakses melalui website, leaflet/ layer.

#### Pengajuan keluhan

Saya diinformasikan tata cara pengajuan keluhan dan tindak lanjut bila ada keluhan terkait pelayanan.

- dan pengobatan, keluhan dapat saya sampaikan kepada petugas unit pelayanan pasien service di luar jam kerja dengan no telepon : 4707435 atau dapat langsung datang ke pelayanan yang ada di pelayanan, dapat melalui weebbs, kotak saran dll.
- Saya mengerti rumah sakit tidak wajib menindaklanjuti keluhan saya apabila tidak dengan prosedur, dan tidak wajib bertanggungjawab atas setiap kerugian dalam bentuk timbul dari keluhan yang tidak diajukan sesuai prosedur.
- Pelayanan kerohanian dan nilai-nilai kepercayaan**
- Saya telah diinformasi tentang pelayanan kerohanian yang berada di rumah sakit/ agama/ kepercayaan pasien dan cara pemberian bimbingan kerohanian disesuaikan dengan prosedur.
  - Jika saya menginginkan pelayanan sesuai dengan nilai - nilai kepercayaan, informasikan kepada petugas di pelayanan.
10. Pasien diinformasikan bila terdapat peserta didik/ pelatihan yang ikut berpartisipasi sebagai bagian dari pendidikan pelatihan mereka. ( jika ada)
11. **Informasi khusus asuransi BPJS/JKN/KIS**
- Saya telah diinformasikan bahwa apabila dalam waktu 3x24 jam hari kerja/ menjadi tanggung jawab pasien/ keluarga.
  - Saya telah diinformasikan untuk membayar seluruh biaya perawatan/ tindakan jika ternyata kartu kepesertaan BPJS saya tidak terdaftar/ belum aktif Eligibilitas Peserta (SEP) BPJS
  - Bersedia menggunakan obat-obatan BPJS sesuai ketentuan Formularium Nasional
  - Saya dengan ini memberikan kewenangan tanpa dapat dicabut kembali kepada dokter untuk memberi tagihan kepada asuransi terkait atas seluruh pelayanan dan tindakan telah dilakukan
  - Apabila di kemudian hari saya tidak lagi ditanggung oleh asuransi, maka saya jawab, wali, ataupun keluarga saya dengan ini setuju untuk secara pribadi bertanggung jawab membayar seluruh biaya pelayanan dan tindakan kedokteran dari RS Dharma Nugraha
  - Pasien JKN/BPJS naik kelas atas permintaan sendiri ( hanya boleh naik kelas atas biaya dibebankan kepada pasien/ keluarga. Pasien yang sudah naik kelas atas diperkenankan untuk pindah kelas lagi.
  - Dokter yang melayani pasien JKN/BPJS ditentukan rumah sakit, tidak dapat dokter sesuai dengan peraturan rumah sakit.

#### Kewajiban pembayaran

- Dengan ini saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya sesuai dengan pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada saya, melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, yang akan ditentukan berdasarkan ketentuan yang ditetapkan oleh RS Dharma Nugraha
  - Apabila asuransi kesehatan swasta atau program pemerintah menanggung pelayanan kesehatan terhadap saya, saya dengan ini memberikan kewenangan kembali kepada RS Dharma Nugraha untuk memberi tagihan kepada asuransi pelayanan dan tindakan kedokteran yang telah dilakukan. Tanggung jawab akan menyatakan bahwa sebagian pembayaran tetap menjadi tanggung jawab tidak ditanggung oleh asuransi tersebut, oleh karenanya RS Dharma Nugraha tagihan atas biaya tagihan yang tidak ditanggung tersebut dan dengan ini jawab, wali, ataupun keluarga saya setuju untuk bertanggung jawab atas biaya tersebut.
- Saya dengan ini juga memberikan persetujuan kepada RS Dharma Nugraha untuk menyimpan rahasia kedokteran atas rekam medis saya kepada perusahaan asuransi kesehatan keperluan penagihan tersebut.



# Dharma Nuaraha Hospital

Ameriliza E.S.

RM 004/001/2023

Apabila di kemudian hari saya tidak lagi ditanggung oleh asuransi, maka saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya dengan ini setuju untuk secara pribadi bertanggung jawab dalam membayar seluruh biaya pelayanan dan tindakan kedokteran dari RS Dharma Nuaraha. Saya telah diinformasikan bahwa penjaminan peserta dari awal sudah dipastikan menggunakan biaya registrasi rawat inap, selama perawatan / tindakan/ setelah pasien pulang ( sesuai dengan PERMENKES NO 28 Tahun 2014 tentang pedoman JAMKESMAS).

Bahwa saya pasien/ keluarga/ penanggung jawab telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan standar yang ada ditentukan RS Dharma Nuaraha dan telah menyetujui untuk melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, sesuai dengan acuan biaya dan ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit.

## Informasi biaya

Saya telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan perencanaan :

Kelas perawatan Rp 600 000 / hari

Biaya perkiraan tindakan pasien umum/ pribadi Rp

Biaya administrasi pasien umum/ pribadi Rp 600

Biaya pemeriksaan penunjang, obat-obatan, lain-lain sesuai dengan kebutuhan

Biaya jaminan BPJS/ JKN/KJS sesuai dengan coding

Biaya jaminan BPJS / JKN/KIS yang naik kelas perawatan

- Pasien dari kelas 1 naik kelas VIP, selisih biaya adalah maksimal 75% dari tarif INACBG kelas 1
- Pasien dari kelas 2 naik kelas 1, selisih biaya dihitung dari tarif INACBG kelas 1 dikurangi tarif INACBG kelas 2
- Pasien kelas 3 naik kelas 2, selisih biaya dihitung dari tarif INCBG kelas 2 dikurangi tarif INACBG kelas 3

TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap dan tersebut diatas

14.7.2023

Keluarga/ Penanggungjawab Pasien

Petugas Rumah Sakit

Jamalah

(Sarah Nurul Izzah)

Nama dan Tanda Tangan

Nama dan Tanda Tangan

dan dengan pasien : pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penanggng jawab pasien