



RM .
Rev. 2

LEMBAR MASUK DAN KELUAR

<p>Nama Pasien : L/P</p> <p>Tanggal lahir/ Umur :</p> <p>No. Rekam Medis : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pendidikan : <input type="checkbox"/> Belum sekolah <input type="checkbox"/> TK/ SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3</p> <p>Pekerjaan : <input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Pelajar/ mahasiswa <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> ABRI/ Angkatan <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> Wiraswasta <input type="checkbox"/> Lain-lain _____</p> <p>Kelas : Kamar :</p> <p>Alamat & no telepon :</p>	<p>Bahasa yang digunaKan : <input type="checkbox"/> Indonesia <input type="checkbox"/> Inggris <input type="checkbox"/> Daerah</p> <p>Hambatan Bahasa : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Perlu penerjemah</p> <p>Agama : <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katholik <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Budha <input type="checkbox"/> Khong hucu</p> <p>Nilai-nilai kepercayaan : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada _____</p> <p>Suku bangsa : <input type="checkbox"/> Jawa <input type="checkbox"/> sunda <input type="checkbox"/> Padang <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Status perkawinan : <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda</p>
<p>Dirawat yang ke :</p>	<p>Pindah kelas : Kamar :</p>
<p>Nama Ayah :</p> <p>Tgl lahir/Umur :</p> <p>Pekerjaan :</p>	<p>Nama Ibu :</p> <p>Tgl lahir/ Umur :</p> <p>Pekerjaan :</p>
<p>Dikirim oleh :</p> <p>Dokter yang merawat :</p>	<p>Kasus Polisi : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>
<p>Nama Penanggung Jawab pasien :</p> <p>Alamat :</p> <p>Telpon :</p> <p>Hubungan dengan pasien :</p>	<p>Biaya yang dibebankan pada : <input type="checkbox"/> Pribadi <input type="checkbox"/> Kantor <input type="checkbox"/> Asuransi</p> <p>Nama Perusahaan :</p> <p>Kode perusahaan :</p>

Tgl. Masuk RS :	Pkl.	Keadaan keluar :		Ya		Tidak
Tgl. Keluar RS :	Pkl.	Infeksi Nosokomial :				
Cara keluar ** & keadaan keluar:		Dirujuk ke :				
Diagnosis sementara :		ICD :				
Diagnosis akhir :		ICD :				
Diagnosis lain / tambahan :		ICD :				
Komplikasi :		ICD :				
Nama operasi / Tindakan / Anestesi :		No kode ICD 9 CM :		Tanggal :		
Catatan Khusus (alergi dsb) :		Nama Operator :				
<p style="text-align: right;">Jakarta,</p>						
Keadaan keluar :		** Cara keluar :				
1. Sembuh		a. Atas persetujuan				
2. Perbaikan		b. Pulang paksa				
3. Meninggal sebelum 48 jam		c. Melarikan diri				
4. Meninggal sesudah 48 jam		d. Pindah ke RS lain				
5. Lain-lain						
<p>_____</p> <p>Tanda Tangan & Nama Jelas Dokter</p>						

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RAWAT INAP

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tgl lahir/ Umur :, Jenis Kelamin : L / P *)
Pekerjaan : No. KTP / Identitas :
Alamat :
.....
Telp :

Hubungan dengan pasien : Suami / Istri / Anak / Ayah/ Ibu *).....lain-lain, sebutkan)

Nama Pasien :
Tgl. Lahir/ umur : Jenis Kelamin : L/ P *)
Alamat :
.....

Dengan ini menyatakan **-SETUJU-** untuk **dilakukan rawat inap** terhadap pasien dan mengizinkan dokter manapun yang ditunjuk untuk melakukan berbagai pengobatan dan tindakan yang dianggap perlu dan penting.

Persetujuan ini saya nyatakan dengan ketentuan :

1. Saya dan pasien bersedia untuk mentaati/mematuhi segala peraturan yang berlaku di RSdan bila peraturan rumah sakit dilanggar maka pasien dapat dikeluarkan dari rumah sakit.
2. Sewaktu-waktu saya bersedia dihubungi bila keadaan pasien kritis atau hal lain yang dibutuhkan rumah sakit.
3. Bila pasien meninggal dunia, jenazah akan saya ambil 2 jam sesudah pasien dinyatakan meninggal dengan membawa surat keterangan kematian dari rumah sakit. Bila jenazah tidak diambil keluarga dalam tempo 24 jam akan diurus oleh pihak rumah sakit.
4. Ketentuan lain yang belum tercantum dalam lembaran ini dapat ditambahkan bilamana diperlukan RS

Jakarta,

Saksi,

Yang membuat pernyataan,

Tanda tangan & nama jelas

Tanda tangan & nama jelas