

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) PASIEN RAWAT INAP

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

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1.	<p>Hak,kewajiban dan tanggung jawab pasien / keluarga</p> <p>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.</p>
2.	<p>Akses informasi kesehatan</p> <p>a. Saya dengan ini memberikan persetujuan kepada rumah sakit Dharma Nugraha untuk memberikan informasi tentang hal-hal berkaitan dengan kesehatan saya kepada penanggung jawab, keluarga,</p> <ul style="list-style-type: none"> • (hubungan pasien.....) • (hubungan pasien) <p>b. Pihak yang menjamin biaya perawatan saya di rumah sakit,</p> <p>c. jika ada hal-hal yang tidak boleh diinformasikan maka akan dibuat pernyataan tersendiri.</p>
3.	<p>Kerahasiaan Informasi Medis/ kedokteran dan Pelepasan Informasi</p> <p>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.</p>
4	<p>Privasi</p> <p>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.</p>
5	<p>Keamanan barang berharga milik pasien</p> <p>a. 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.</p> <p>b. 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).</p> <p>c. 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.</p> <p>d. 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.</p>
6	<p>Second opinion</p> <p>Saya telah diinformasikan bahwa pasien/ keluarga pasien berhak untuk meminta second opinion/ meminta pendapat kedua dalam pelayanan medis terhadap dirinya/ keluarga saya.</p>
7	<p>Informasi pelayanan dan fasilitas rumah sakit</p> <p>Saya diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan pelayanan Rawat Inap dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dapat diakses melalui webs, leaflet/ layer.</p>
8	<p>Pengajuan keluhan</p> <p>a. Saya diinformasikan tata cara pengajuan keluhan dan tindak lanjut bila ada keluhan terkait pelayanan</p>

	<p>dan pengobatan, keluhan dapat saya sampaikan kepada petugas unit pelayanan pengaduan/ customer service diluar jam kerja dengan no telepon : 4707435 atau dapat langsung disampaikan kepada petugas yang ada di pelayanan, dapat melalui weeb, kotak saran dll.</p> <p>b. Saya mengerti rumah sakit tidak wajib menindaklanjuti keluhan saya apabila tidak diajukan sesuai dengan prosedur, dan tidak wajib bertanggungjawab atas setiap kerugian dalam bentuk apapun yang timbul dari keluhan yang tidak diajukan sesuai prosedur.</p>
9	<p>Pelayanan kerohanian dan nilai- nilai kepercayaan</p> <p>a. Saya telah diinformasi tentang pelayanan kerohanian yang berada di rumah sakit sesuai dengan agama/ kepercayaan pasien dan cara pemberian bimbingan kerohanian disesuaikan dengan fasilitas di rumah sakit/ kebutuhan pasien.</p> <p>b. Jika saya menginginkan pelayanan sesuai dengan nilai – nilai kepercayaan saya, saya akan informasikan kepada petugas di pelayanan.</p>
10	<p>Pasien diinformasikan bila terdapat peserta didik/ pelatihan yang ikut berpartisipasi dalam asuhan pasien sebagai bagian dari pendidikan pelatihan mereka.(jika ada)</p>
11	<p>Informasi khusus asuransi BPJS/JKN/KIS</p> <p>a. Saya telah diinformasikan bahwa apabila dalam waktu 3x24 jam hari kerja/ pasien pulang belum menyerahkan fotokopi kartu BPJS maka seluruh biaya perawatan/tindakan/ pengobatan menjadi tanggung jawab pasien/ keluarga.</p> <p>b. Saya telah diinformasikan untuk membayar seluruh biaya perawatan/ tindakan yang telah saya terima jika ternyata kartu kepesertaan BPJS saya tidak terdaftar/ belum aktif saat pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) BPJS</p> <p>c. Bersedia menggunakan obat-obatan BPJS sesuai ketentuan Formularium Nasional (Fornas)</p> <p>d. Saya dengan ini memberikan kewenangan tanpa dapat dicabut kembali kepada RS Dharma Nugraha untuk memberi tagihan kepada asuransi terkait atas seluruh pelayanan dan tindakan kedokteran yang telah dilakukan</p> <p>e. 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 Nugraha</p> <p>f. Pasien JKN/BPJS naik kelas atas permintaan sendiri (hanya boleh naik kelas satu tingkat dan selisih biaya dibebankan kepada pasien/ keluarga. Pasien yang sudah naik kelas selama perawatan tidak diperkenankan untuk pindah kelas lagi.</p> <p>g. Dokter yang melayani pasien JKN/BPJS ditentukan rumah sakit, tidak diperkenankan memilih dokter sesuai dengan peraturan rumah sakit.</p>
12	<p>Kewajiban pembayaran</p> <p>a. Dengan ini saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya menyatakan setuju bahwa sesuai dengan pertimbangan pelayanan yang diberikan kepada saya, maka saya wajib untuk melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, yang akan ditentukan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan yang ditetapkan oleh RS Dharma Nugraha</p> <p>b. Apabila asuransi kesehatan swasta atau program pemerintah menanggung pembiayaan atas pelayanan kesehatan terhadap saya, saya dengan ini memberikan kewenangan tanpa dapat dicabut kembali kepada RS Dharma Nugraha untuk memberi tagihan kepada asuransi terkait atas seluruh pelayanan dan tindakan kedokteran yang telah dilakukan. Tanggungan asuransi dari saya mungkin akan menyatakan bahwa sebagian pembayaran tetap menjadi tanggung jawab pribadi dari saya atau tidak ditanggung oleh asuransi tersebut, oleh karenanya RS Dharma Nugraha berhak untuk memberi tagihan atas biaya tagihan yang tidak ditanggung tersebut dan dengan ini saya atau penanggung jawab, wali, ataupun keluarga saya setuju untuk bertanggung jawab membayar biaya tagihan tersebut.</p> <p>c. Saya dengan ini juga memberikan persetujuan kepada RS Dharma Nugraha untuk dapat memberikan rahasia kedokteran atas rekam medis saya kepada perusahaan asuransi terkait sesuai dengan keperluan penagihan tersebut.</p>

	<p>d. 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 Nugraha</p> <p>e. Saya telah diinformasikan bahwa penjaminan peserta dari awal sudah dipastikan menggunakan biaya _____ dan tidak dapat berubah menjadi BPJS setelah dilakukan registrasi rawat inap, selama perawatan / tindakan/ setelah pasien pulang (sesuai dengan PERMENKES NO 28 Tahun 2014 tentang pedoman JAMKESMAS.</p> <p>f. Bahwa saya pasien/ keluarga/ penanggung jawab telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan standar yang ada ditentukan RS Dharma Nugraha dan telah menyetujui untuk melakukan pembayaran atas seluruh biaya pelayanan, sesuai dengan acuan biaya dan ketentuan yang ditetapkan oleh rumah sakit.</p>
13.	<p>Informasi biaya Saya telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan perencanaan :</p> <p>a. Kelas perawatan Rp _____/ hari</p> <p>b. Biaya perkiraan tindakan pasien umum/ pribadi Rp _____</p> <p>c. Biaya administrasi pasien umum/ pribadi _____</p> <p>d. Biaya pemeriksaan penunjang, obat-obatan, lain-lain sesuai dengan kebutuhan</p> <p>e. Biaya jaminan BPJS/ JKN/KJS sesuai dengan koding</p> <p>f. Biaya jaminan BPJS / JKN/KIS yang naik kelas perawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas</p>	
<p>Jakarta _____, _____, 20...</p>	
<p>Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien</p> <p>(_____)</p> <p>Nama dan Tanda Tangan</p> <p>Hubungan dengan pasien :pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penanggung jawab pasien</p>	<p>Petugas Rumah Sakit</p> <p>(_____)</p> <p>Nama dan Tanda Tangan</p>