

RS .....  
Jl. ....

RM . 01.02.001  
Rev. 2

## LEMBAR MASUK DAN KELUAR

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

Tgl. Masuk RS :	Pkl.	Keadaan keluar :
Tgl. Keluar RS :	Pkl.	Infeksi Nosokomial : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
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 :
Jakarta, .....		
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		
Tanda Tangan & Nama Jelas Dokter		

## 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 : .....  
.....

Dokter penanggung jawan pelayanan / DPJP: Dr. ....  
Dr. ....

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 RS dan 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