

RM



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

LABEL IDENTITAS PASIEN

## FORM PERMINTAAN PRIVASI

Yang Bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Tanggal Lahir :

Dengan ini menyatakan bahwa saya meminta privasi khusus kepada Rumah Sakit:

1. Untuk tidak memberikan akses bagi pengunjung yang akan menengok/ menemui saya ke ruang rawat inap saya kecuali kerabat saya yang bernama:
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
2. Tidak mau diinformasikan keberadaannya di rumah Sakit Kepada umum/ media
3. Tidak mau diagnosanya penyakit saya, diketahui oleh siapa pun

Demikian Permintaan Privasi khusus saya

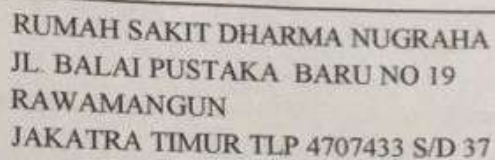
Jakarta, .....

Pasien

Kerabat yang diberi akses

Pejabat Rs Yang bertanggung Jawab

(                      )                      (                      )                      (                      )



RM 001/006/2023  
Rev 01

**RINGKASAN PASIEN PULANG**  
***DISCHARGE SUMMARY***

<b>No. Rekam Medis :</b> Medical Record Number		<b>Tanggal Masuk RS :</b> Admitted	
<b>Nama Pasien :</b> Patient Name		<b>Tanggal Keluar RS :</b> Date of Discharge	
<b>Nama Orang Tua / Suami/ Istri :</b> Family Name		<b>Jenis kelamin :</b> <input type="checkbox"/> <b>Laki-laki</b> <input type="checkbox"/> <b>Perempuan</b> Sex Male Female	
<b>Tanggal lahir :</b> Date of Birthday		<b>Kelas / Kamar :</b> Class / Room	
<b>Riwayat Kesehatan (Medical History) :</b>			
<b>Pemeriksaan Fisik (Physical Examination) :</b>			
<b>Pemeriksaan Diagnostik (Other Examination Result) :</b> Laboratorium : _____ <input type="checkbox"/> Rontgen : _____ <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> CTG <input type="checkbox"/> Echocardiography <input type="checkbox"/> Treadmill <input type="checkbox"/> Gastroscopy <input type="checkbox"/> Colonoscopy <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Lain-lain _____			
<b>Indikasi pasien dirawat inap (Indication of Patient Treated):</b>			
<b>Diagnosis Primer ( Primary Diagnose) :</b>		<b>Kode ICD 10 :</b>	
<b>Diagnosis Sekunder &amp; Diagnosis Penyerta ( Secondary Diagnose &amp; Comorbid Diagnose) :</b>		<b>Kode ICD 10 :</b>	
<b>Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (therapeutic procedures and actions):</b>		<b>Kode ICD 9 CM :</b>	
<b>Komorbidity Pasien (Comorbid of patient) :</b>			
<b>Obat yang diberikan saat dirawat (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan)</b> <b>In patient Therapy (medicine name, medicinal preparation, dose, route and unit):</b>			