



Dharma
Nugraha

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

Contoh

RM (

09.13.17EMILY MANULLANG, AN

17/10/2006

16 thn 8 bln 16 hari

Agung Darmanto, Dr, Sp.A

Tgl 03/07/2023

230703-0001

PRIBADI/UMUM, KELAS I

Lan, 307, 01

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) PASIEN RAWAT INAP

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

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1.	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.
2.	Akses informasi kesehatan 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, • Dwi Mah Winigah (hubungan pasien or Na) • (hubungan pasien) b. Pihak yang menjamin biaya perawatan saya di rumah sakit, c. jika ada hal-hal yang tidak boleh diinformasikan maka akan dibuat pernyataan tersendiri.
3.	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.
4.	Privasi 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.
5.	Keamanan barang berharga milik pasien 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. 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). 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. d. Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
6.	Second opinion Saya telah diinformasikan bahwa pasien/ keluarga pasien berhak untuk meminta second opinion/ meminta pendapat kedua dalam pelayanan medis terhadap dirinya/ keluarga saya.
7.	Informasi pelayanan dan fasilitas rumah sakit 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 weeb, leaflet/ layer.
8.	Pengajuan keluhan a. Saya diinformasikan tata cara pengajuan keluhan dan tindak lanjut bila ada keluhan terkait pelayanan

	<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 weebbs, 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>

RM 004/001/2023

- 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
- 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.
- 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.

13. Informasi biaya

Saya telah dijelaskan tentang biaya sesuai dengan perencanaan :

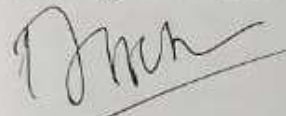
- ✓ a. Kelas perawatan Rp 775.000 / hari
- b. Biaya perkiraan tindakan pasien umum/ pribadi Rp _____
- c. Biaya administrasi pasien umum/ pribadi pribadi
- d. Biaya pemeriksaan penunjang, obat-obatan, lain-lain sesuai dengan kebutuhan
- e. Biaya jaminan BPJS/ JKN/KJS sesuai dengan coding
- f. Biaya jaminan 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

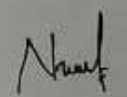
SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas

Jakarta 3 , Juli , 2023

Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien

Petugas Rumah Sakit


(Dwi Muli Winingih)
Nama dan Tanda Tangan


(Sarah Nurul Izzah)
Nama dan Tanda Tangan

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penanggung jawab pasien

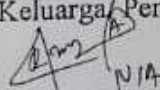
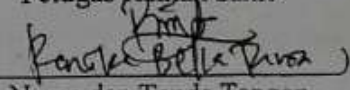


RUMAH SAKIT Dharma Nugraha
Jl. Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun
Jakarta timur
Telp. (021) 4707433- s/d 37
Website : www.dhamanugraha.co.id

LABEL IDENTITAS PASIEN

Daigomi
Fenarra Hidayat 10.91.63

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT) RAWAT JALAN

NO	MATERI INFORMASI/ PENJELASAN
1	Hak dan Kewajiban Pasien/ Keluarga a. Saya sudah mendapatkan penjelasan dan mengerti tentang hak dan kewajiban saya sebagai pasien/ keluarga sesuai dengan yang termuat dalam leaflet. b. Saya diinformasikan tentang tata tertib yang berlaku di rumah sakit Dharma Nugraha c. Sebagai pasien saya memiliki hak mendapatkan penjelasan tentang informasi medis dan mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan, menyetujui dan menolak tindakan atau pengobatan setelah mendapatkan penjelasan.
2	Pengobatan/ Tindakan Medis a. Saya mengerti bahwa tindakan kedokteran adalah berisiko, meliputi tindakan medis berupa pencegahan, pengobatan dan pemulihan yang dilakukan oleh dokter/ dokter gigi terhadap pasien. b. Saya mengizinkan dokter dan pemberi asuhan lainnya untuk melakukan pengkajian, prosedur diagnostik dan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka, termasuk tapi tidak terbatas pada pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG), X-ray dan test darah, terapi fisik, pemberian obat dan prosedur lainnya yang berisiko rendah yang tidak membutuhkan persetujuan khusus. c. Saya diinformasikan bahwa dalam tindakan kedokteran berisiko akan diberikan penjelasan oleh dokter yang merawat.
3	Kerahasiaan Informasi Medis dan Pelepasan Informasi a. Saya mengerti bahwa informasi medis termasuk diagnosa, hasil laboratorium dan hasil test diagnostik yang digunakan untuk perawatan dan pengobatan medis akan dijaga kerahasiaannya oleh rumah sakit, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau memberikan kuasa kepada orang lain. b. Saya menyetujui dan memberikan wewenang kepada rumah sakit menggunakan informasi medis pasien untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, penagihan kepada asuransi/ pembayar biaya pengobatan dan pembahasan/ pemantauan yang dibutuhkan oleh rumah sakit. c. Jika saya menghendaki pelepasan informasi yang tidak/ diatur oleh undang-undang/ aturan terkait tentang informasi kesehatan, diagnosis, pemeriksaan dan pengobatan, maka sebagai pasien/ keluarga akan membuat pernyataan.
4	Keamanan Barang Berharga Milik Pasien a. Saya diinformasikan jika pasien tidak dapat menjaga barang miliknya misalnya pasien gawat darurat, tidak sadar, tindakan bedah rawat sehari, dan pasien yang menyatakan tidak mampu menjaga barang miliknya, dan tidak ada keluarga, maka dapat menitipkan kepada rumah sakit dengan mengisi formulir penitipan barang. b. Pasien dan keluarga diwajibkan menjaga barang miliknya dan tidak meninggalkan barang tanpa ada yang menjaganya, karena poliklinik/ rawat jalan merupakan area umum/ area publik, kehilangan barang yang tidak dititipkan kepada rumah sakit adalah tanggung jawab pribadi.
5	Informasi Pelayanan dan Fasilitas Rumah Sakit Saya telah diinformasikan tentang jenis pelayanan di rumah sakit, fasilitas dan cara untuk mendapatkan pelayanan Rawat Jalan dan pemeriksaan penunjang/ tindakan/ pengobatan di rumah sakit dengan fasilitas leaflet/ flyer.
6	INFORMASI BIAYA Saya sudah mendapatkan penjelasan tentang informasi biaya sebagai konsekuensi pengobatan/ tindakan yang diberikan kepada saya/ keluarga saya* sebagai pasien dan bersedia untuk memenuhi kewajiban finansial ini setelah mendapatkan pelayanan baik jaminan, asuransi, pribadi.
SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut diatas.	
Jakarta 02, November, 2023 Pasien/ Keluarga/ Penanggungjawab Pasien () Nama dan Tanda Tangan	
Petugas Rumah Sakit () Nama dan Tanda Tangan	
Hubungan dengan pasien :pasien sendiri/ suami/ istri/ orang tua/ penangngg jawab pasien (Lingkari)	