

Nama Pasien :  
Nomor Rekam Medis :  
Tanggal Lahir :

**PERSETUJUAN UMUM/GENERAL CONSENT**

**PASIENT DAN/ATAU WALI HUKUM HARUS MEMBACA, MEMAHAMI DAN MENGISI INFORMASI BERIKUT**

Selaku pasien/wali hukum pasien menyatakan persetujuan :

1. Saya menyetujui untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Klinik Utama Halo Bayi sebagai pasien Rawat Jalan.
2. **HAK DAN KEWAJIBAN SEBAGAI PASIEN**, Saya mengakui bahwa dalam proses pendaftaran untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan di Klinik Utama Halo Bayi dan penandatanganan dokumen ini, saya telah mendapatkan informasi tentang Hak dan Kewajiban saya sebagai pasien, sebagaimana terlampir dalam dokumen ini.
3. **PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN**, Saya menyetujui untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Klinik Utama Halo Bayi yang dilakukan oleh tenaga medis, antara lain Dokter, /dokter kandungan, Perawat/ Perawat, dan Bidan untuk melakukan segala bentuk pelayanan pemeriksaan dan Pengobatan maupun Tindakan yang sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.
4. **PRIVASI**, Saya memberi kuasa kepada Klinik Utama Halo Bayi untuk menjaga Privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama dalam perawatan.
5. **RAHASIA KEDOKTERAN**, Saya setuju Klinik Utama Halo Bayi untuk menjamin Rahasia kedokteran saya baik untuk kepentingan perawatan atau pengobatan, kecuali saya mengungkapkan sendiri atau orang lain yang saya beri kuasa untuk penjamin.
6. **MEMBUKA RAHASIA KEDOKTERAN**, Saya menyetujui untuk membuka rahasia kedokteran terkait kondisi kesehatan , asuhan yang saya terima kepada :
  - a. Dokter dan tenaga kesehatan yang memberikan Asuhan kepada saya
  - b. Perusahaan asuransi kesehatan atau BPJS atau pihak lain yang menjamin pembiayaan saya
7. **BARANG PRIBADI**, Saya setuju untuk tidak membawa barang berharga yang tidak diperlukan dalam proses pelayanan kesehatan dan saya mengetahui pihak klinik tidak bertanggung jawab atas kehilangan, kerusakan, atau pencurian barang berharga.
8. **PENGAJUAN KELUHAN**, Saya menyetujui saya menerima informasi tentang adanya tata cara pengajuan keluhan terhadap pelayanan kesehatan di Klinik Utama Halo Bayi.

9. **KEWAJIBAN PEMBAYARAN**, Saya menyatakan persetujuan melakukan pembayaran apabila ada pemeriksaan /tindakan/perawatan yang tidak ditanggung atau sebagian ditanggung oleh penjamin.

Melalui dokumen ini, saya menegaskan kembali bahwa saya mempercayakan kepada tenaga kesehatan Klinik Utama Halo Bayi pelayanan kesehatan, baik pemeriksaan, asuhan pengobatan maupun tindakan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. SAYA TELAH MEMBACA DAN SEPENUHNYA SETUJU dengan setiap pernyataan yang terdapat dalam formulir ini dan menandatangani tanpa paksaan dan dengan kesadaran penuh.

**Lampiran Hak dan Kewajiban Pasien :**

1. Mengetahui informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Klinik Utama Halo Bayi.
2. Mendapatkan informasi atas penyakit yang diderita dan tindakan medis yang dilakukan di Klinik.
3. Memperoleh pelayanan medis yang bermutu, aman, nyaman, adil, dan jujur, tanpa diskriminasi
4. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
5. Mendapat privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
6. Keluarga dapat mendampingi saat menerima pelayanan.
7. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta biaya pengobatan.
8. Mengajukan usul, saran, kritik, dan keluhan yang berkaitan dengan pelayanan.
9. Pasien berhak memilih tenaga Kesehatan yang akan dituju dengan catatan bila kondisi memungkinkan.

**Kewajiban pasien**

1. Membawa KTP/ dan Kartu Identitas Lainnya.
2. Mematuhi alur pasien yang ada di Klinik.
3. Mentaati aturan pelayanan dan mematuhi nasihat, serta petunjuk pengobatan.
4. Memberikan informasi yang benar dan lengkap tentang masalah Kesehatan kepada tenaga Kesehatan di Klinik.

Jakarta, .....

Jam : .....

Yang Menjelaskan,

Pasien/Penangjawab Pasien

( ..... )

( ..... )