|  |  |
| --- | --- |
|  | **KLINIK SANTOSA**  Jl. Raya Subang – Purwakarta, Dusun Cijoged Rt 005 Rw 002 Desa Lengkong, Kecamatan Cipeundeuy, Kabupaten Subang – Jawa Barat 41272 Indonesia |

|  |
| --- |
| **PERSETUJUAN UMUM RAWAT JALAN (GENERAL CONSENT)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **WAKTU PENDAFTARAN** | **IV. INFORMASI BIAYA** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Tanggal | : |  | | Jam | : | WIB | | Poll | : |  | | Saya menyatakan setuju, baik sebagai wali atau sebagai pasien, bahwa sesuai pertimbangan yang diberikan kepada pasien, maka saya wajib untuk membayar total biaya perawatan. Biaya pelayanan berdasarkan acuan biaya dan ketentuan Klinik Santosa |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DATA UMUM PASIEN** | | | |  | Nama Pasien | : | |  | Tanggal Lahir | : | |  | Alamat Pasien | : | |  |  |  | |  | No. Telepon / HP | : | |  | **Penanggung Jawab** |  | |  | Nama | : | |  | Umur | : | |  | Hubungan dengan Pasien | : | |  | Alamat Tempat Tinggal | : | |  |  |  | |  | No. Telepon / HP | : | |  |  | | | 1. **PERSETUJUAN UNTUK PENGOBATAN** | | | | Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan utnuk emmberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka. Prosedur diagnostik dan perawatan medis, tidak terbatas pada pemberian obat dan pemeriksaan lainnya. | | |  |  | | --- | | 1. HASIL YANG TIDAK DIHARAPKAN | | Saya sadar bahwa praktik kedokteran dan bedah bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun yang dllakukan kepada saya. |  |  | | --- | | III. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI | | * Saya memahami informasl yang ada dl dalam diri saya, termasuk diagnostik, hasll laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, akan dijamin kerahasiannya oleh Klinik. * Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan informasl tentang rahasia kedokteran saya bila diperlukan untuk proses klaim asuransi namun tidak terbatas pada BPJS, asuransi kesehatan lainnya, perusahaan dan atau lembaga pemerintah lainnya. * Saya memberi wowenang kepada Klinik Santosa untuk memberikan Informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya upada anggota keluarga saya dan kepada :   1.  2.  3. | | **V. PERSETUJUAN TINDAKAN PEMASANGAN ALAT MEDIS** |
| Saya mengijinkan dokter dan profesional lainnya untuk melakukan tindakan pemasangan alat medis seperti melakukan penyuntikan, pemasangan infus, pemasangan selang urin, pemasangan selang makan, pemeriksaan EKG, pemasangan selang oksigen, dan lain-lain |
| **VI. PENDIDIKAN KESEHATAN DI KLINIK SANTOSA** |
| Saya mengetahui dan menyetujui adanya siswa pendidikan kesehatan di Klinik santosa |
| **VII. TATA TERTIB KLINIK** |
| 1. Pasien dan Keluarga harus mematuhi peraturan yang berlaku di Klinik 2. Pasien dan keluarga dilarang merokok dilingkungan Klinik 3. Dilarang mencuci, menjemur pakaian, memasak di ruangan 4. Tidak membawa alkohol, obat-obatan terlarang dan senjata tajam / api 5. Memperlakukan staf Klinik dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang akan mengganggu ketertiban 6. Anak-anak dibawah usia 12 tahun dilarang masuk ruang perawatan 7. Jam kunjungan siang jam 11.00-12.00, sore jam 17.00-19.00 8. Dilarang memfoto & video di lingkungan Klinik |
| **VII. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN** |
| Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tata tertib, hak dan kewajiban pasien dan keluarga di Klinik Santosa melalui banner yang disediakan petugas |
| **IX. PERNYATAAN** |
| SAYA TELAH MEMBACA dan SEPENUHNYA SETUJU dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir dan menandatangani tanpa paksaan dan kesadaran penuh  Subang,   |  |  | | --- | --- | | Pasien / Keluarga / PJ | Petugas Klinik | |  |  | | ( ) | ( ) | | Nama & Tanda Tangan | Nama & Tanda Tangan | |

|  |
| --- |
| HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN |
| HAK PASIEN |
| 1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku dl klinik. 2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajlban pasien. 3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi. 4. Memperoleh layanan Kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesl dan standar prosedur operaslonal. 5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi. 6. Mengajukan pengajuan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 7. Memilih dokter, dokter gigi. dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang bedaku di klinik. 8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter Iain yang mempunyai Surat Izin Prakter (SIP) baik di dalam maupun di luar klinik. 9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang dideritanya termasuk data medisnya. 10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis, dan tata cara tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadapan tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan. 11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya. 12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis. 13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak menganggu pasien Iainnya. 14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di klinik. 15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan klinik terhadap dirinya. 16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya. 17. Menggugat dan I atau menuntut klinik apabila klinik diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana. 18. Mengeluhkan pelayanan klinik yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik dengan ketentuan peraturan perundang.undangan. |
| KEWAJIBAN PASIEN |
| 1. Mematuhi peraturan yang berlaku di klinik. 2. Menggunakan fasilitas klinik secara bertanggung jawab. 3. Menghormati hak pasien Iain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas Iainnya yang bekerja di klinik. 4. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan Kesehatan yang dimillkinya. 5. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga Kesehatan di klinik dan disetujui oleh pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 6. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan / atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya. 7. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang dlterima |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | No. RM  Nama  Tgl. Lahir | | | | | |
| ASESMEN AWAL RAWAT JALAN | | | | | | | | |
| Alamat :  Telp. / HP : | | Gol Darah: | BAHASA | | | | AGAMA | |
| Sunda Jawa  Indonesia  Lain-laln... | | | | Islam Hindu Hindu  Protestan Budha  Katolik | |
| PENDIDIKAN TERAKHIR | | BANGSA | | STATUS | | | PERKAWINAN | |
| Akademik SD  SLTA Univ | | C]lndonosla C]Asing | | C]Kawln CITIdak Kawln CIDuda OJanda | | | | |
| PEKERJAAN | | CARA MASUK RUMAH SAKIT | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| JENIS PELAYANAN | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Riwayat Penyakit Dahulu :  Riwayat Penyaklt Sekarang :  Riwayat Alergi :  a Ya a Tidak  Keluhan Utama : | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| STATUS PSIKOLOGIS, SOSIAL DAN SPIRITUAL | | | | | | | |  |
| Saudara | Kandung, Jumlah • C] Tiri, Jumlah • | | | | | | | |
| Tinggal Bersama | Orang Tua C] Lainnya | | | | | | | |
| Bicara | C] Jelas C] Tidak Dapat Dimengerti | | | | | | | |
| Komunikasi | Verbal C] Non Verbal | | | | | | | |
| Status Emosional  Riwayat Pernah Mengalami | C] Stabil Cl Tenang C] Cemas C] Takut  Jiwa Tidak Cl Ya, Tahun | | | | | | | |
| Gangguan | | | | | | | | |
| Riwayat Trauma | C] Tidak Ada a Aniaya Fisik Psikologis Cl KDRT Aniaya Sex I Perkosaan  C] Tindakan Kriminal, Sebutkan | | | | | | | |
| Alam Perasaan | Cl Sedih C] Putus Asa C] Ketakutan Cl Gembira Berlebih | | | | | | | |
| Interaksi selama  Wawancara | C) Kooperatif C] Bermusuhan Cl Tidak Kooperatif Mudah Tersinggung C] Kontak Mata Kurang | | | | | | | |
| Kebutuhan Spiritual Pasien a Baik a Tidak  C] | | | | | | | | |
| paslen membutuhkan Spiritual Agama Cl Tidak Ya, Agama | | | | | | | | |
| pasien mombutuhkan bantuan dalam menjalankan ibadah dan menyetujuinya a Ya Cl Tidak | | | | | | | | |
| STATUS EKONOMI | | | | | |  | | |
| Status Pemlkahan . C] Single Menikah Janda I Duda Pekerjaan PNS C] Swasta C] TNI 1 Polri | | | | | | | | |