

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 140 80 178 032  
 Nama Lengkap : R. IMAN NURJAMAH  
 Unit/Divisi/Komite : Pendapatan  
 No. Telepon/Ext : 08521157 2223  
 E-mail : nurjama72@gmail.com

Tanggal : 19 Agustus 2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 004/F/PEND/RSIH/VIII/2022  
 No/Kode RM : - (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : -	
Buffer stock : -	
Proses PO : 2 Mawon	
Waktu : -	
Paraf  yeni	

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 deposit (formulir deposit) yang ada belum sesuai dan kurang lengkap maka dibuat formulir baru.

### Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 identitas pasien menggunakan barcode dan menambah identitas keluarga pasien sebagai peranggung jawab pasien. 2 pk

Tanda Tangan  
Pemohon,

*R. Iman N*  
R. Iman N

Tanda Tangan  
Penerima,

*Rani Setia Utami*  
Rani Setia Utami

NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
2 pk non 1/2 pk		<i>yeni</i>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
		<i>Mawon</i>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc		<i>Dep. Rismayanti</i> NIP. 14080287016	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		<i>Ratna Sulandari</i>	<i>Rani Setia Utami</i> NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		<i>Acc Mawon Cefar</i>	<i>dr. Muhammad Harun, MARS</i> NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)

CITU

**Identitas Pasien** *(Diisi oleh Billing)*

Nama Pasien : .....  
Tanggal Lahir : ..... ( L / W ) \*  
No. RM :     -     -     -  
Ruangan / Kelas : .....  
Dokter yang merawat : .....  
Penjamin : .....

*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini*

☐ Deposit Awal      ☐ Deposit Lanjutan

Kepada Yth,  
**Manajemen RS. Intan Husada**  
di Tempat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Tempat dan Tanggal lahir : .....  
Alamat : .....  
No Identitas diri \*KTP/SIM : .....  
Hubungan dengan pasien : \*Suami/Istri/Anak/Menantu

Dengan ini mengajukan permohonan penundaan pembayaran deposit atas nama pasien tersebut diatas (tertera di stiker pasien). Saya juga telah mengerti dan memahami penjelasan dari petugas billing rawat inap terkait konsekuensi dari permohonan saya ini, yaitu sebelum mendapatkan pelayanan farmasi, radiologi dan laboratorium harus di lakukan pembayaran terlebih dahulu kecuali dalam keadaan gawat darurat sesuai penilaian Dokter Penanggung Jawab Pelayanan.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas bantuan dari Manajemen RS. Intan Husada saya ucapkan terima kasih.

Tanggal/Pukul : .... / .... / 20.... Jam : .... : .... WIB

\*Pasien / Keluarga Pasien

Petugas *Billing* Rawat Inap

( Tanda Tangan dan Nama Jelas )

( Tanda Tangan dan Nama Jelas )

Catatan : \* coret yang tidak perlu

Putih: Petugas Billing Rawat Inap      Merah : Pasien/Keluarga Pasien

FORMULIR PENUNDAAN PEMBAYARAN DEPOSIT