

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON NIP : Nama Lengkap : Unit/Divisi/Komite : No. Telepon/Ext : E-mail : DATA FORMULIR TERKAIT Jenis Permintaan Formulir : Judul Formulir : No/Kode Formulir : No/Kode RM** : Bulan Revisi Terkahir :	Tantni Kumati Rokam Medis Tantni Kumati Rokam Medis Tantni Kumati 12 @ gmai 0638-6530-6471 Buat Baru URevisi Posetujuan Persyavartan 00/7/PEND/RSH/Tix/2: FM 1-13 (untuk form TU Revisi ke-	Penghapusan Pulangan K1 2 medis)	Tanggal : 27 - 0 Logistik Formulir lama : Buffer stock : \$ Proses PO : 2 Minggov Waktu :	gas logistik)				
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)								
Komponen Perubahan (data diisi menggunakan tambahan kertas lain Adanya Penambahan FM Lembar Merah:	Tanda Tangan Penerima, 27							
Masukan/Saran (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya) Logistik Tanda Tangan								
F4 2 ply NCR				a.a Advitya.				
	Atasan Langsung/Atasan Tidak L	angsung		Tanda Tangan				
Att Bilaksanakan				000				
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/E	Divisi/Komite	Tanda Tangan				
			Ac	Franga				
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan		Tanda Tangan				
	flet tentrik	D+n8aulanau	K	nam 230				
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan		Direktur	Tanda Tangan				
Art	Office	tic Kin	al	drg. Muhammad Hasse, MAR\$				
*) Catatan : Waiih Malamnirkan Droft								

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft **) Khusus untuk Formulir Rekam Medis 001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

4 Sun St top



Identitas Pasien (Diisi oleh Petugas Pendaftaran)				
Nama	:			
Tanggal Lahir	: (L / W)*			
No. RM				
Ruangan/Kelas				
Dokter yang merawat				
Penjamin	:			
Dapat Tempelkan Stiker le	dentitas Pasien disini			

PERSETUJUAN PERSYARATAN KEUANGAN RAWAT INAP PASIEN ATAU PENANGGUNG JAWAB/PENJAMIN PASIEN DIMINTA MEMBACA, MEMAHAMI DAN MENGISI INFORMASI BERIKUT I. DATA PENANGGUNG JAWAB/ PENJAMIN PASIEN Nama Pekeriaan Alamat Rumah No KTP/SIM Hubungan dengan pasien:..... II. DATA PASIEN RAWAT INAP Nama Pasien No. Rekam Medis : Kelas : Ruang Perawatan Tempat/ Tanggal Lahir III. PERATURAN/KETENTUAN TERKAIT KEUANGAN A. Perhitungan kamar perawatan dihitung mulai pukul 12.00 WIB s/d 12.00 WIB keesokan harinya. Namun jika pasien masuk kedalam kamar perawatan lebih awal yaitu lebih dari 6 jam, maka pada hari yang sama tepat pukul 12.00 WIB pasien akan dihitung 1 (satu) hari penuh. B. Jika pasien pulang lebih lambat, lebih dari 6 jam dari pukul 12.00 WIB maka pasien akan dikenakan tambahan biaya kamar 1 hari, kecuali jika ada penundaan jadwal perawatan medis yang disebabkan oleh pihak rumah sakit. C. Pindah kelas rawat inap tidak diperkenankan dilakukan pada hari yang sama, pasien harus menunggu 24 jam dihitung dari hari masuk kamar perawatan pertama kali. (kurang dari 24 jam, kamar tetap dikenakan biaya penuh) D. Pasien tetap diperkenankan masuk ke kamar rawat inap sesuai instruksi Dokter dan diwajibkan membayar deposit 5x harga tarif sewa kamar sesuai ketentuan kelas perawatan yang dipilih pada saat pendaftaran dalam jangka waktu paling lambat 1x24 jam. E. Khusus ruang intensif dewasa dan anak (HCU/ICU/PICU/NICU) diwajibkan membayar deposit awal sebesar 10x harga sewa kamar sesuai ketentuan kelas perawatan yang dipilih pada saat pendaftaran dalam jangka waktu paling lambat 1x24 jam. F. Apabila dalam perawatan ada tindakan operasi yang telah disetujui oleh pasien/ penanggung jawab pasien, maka wajib membayar deposit tambahan sebesar 50% dari yang tercantum dalam formulir perkiraan biaya operasi yang telah disetuiui. G. Apabila biaya layanan rawat inap sudah 80% dari jumlah deposit awal, maka RS Intan Husada berhak melakukan penagihan deposit tambahan sebesar 3x harga sewa kamar per 2 hari untuk biaya perawatan kepada pasien/ penanggung jawab pasien. H. Apabila pasien/penanggung jawab pasien tidak dapat memenuhi ketentuan deposit dan melebihi jangka waktu toleransi pembayaran, maka pihak RS. Intan Husada berhak untuk memberikan obat-obatan, melakukan pemeriksaan atau tindakan medis dengan pembayaran terlebih dahulu oleh pasien/penanggung jawab pasien, terkecuali dalam keadaan kegawat daruratan medis. I. Pasien asuransi bersedia membayar selisih yang tidak dijamin oleh pihak asuransi. J. Pasien One Day Surgery yang akan dirujuk ke rawat inap, seluruh biaya tindakan akan mengikuti tarif biaya kelas rawat inap yang ditempati. K. Biaya administrasi rawat inap adalah 2,5% dari total biaya perawatan pasien umum serta 7,5% untuk pasien asuransi dan perusahaan. L. Pasien bersedia mengganti semua barang atau peralatan milik RS. Intan Husada yang rusak/pecah/hilang oleh pasien atau keluarga pasien. M. Penanggung jawab dan/atau penjamin pasien yang bertanda tangan dibawah ini berkewajiban dan menyanggupi pembayaran seluruh tagihan perawatan yang tercetak dibilling tagihan sesuai ketentuan yang berlaku dan melunasi seluruh biaya sebelum keluar dan apabila kami tidak dapat melaksanakan pembayaran dengan baik, kami bersedia menerima sanksi yang berlaku. Dengan ditandatanginya formulir ini maka penanggung jawab dan/atau penjamin pasien secara sadar dan tanpa paksaan menyatakan semua data yang diisi adalah benar dan dimengerti, menerima serta bersedia untuk mematuhi seluruh peraturan/ketentuan diatas juga bertanggung jawab dan bersedia untuk dihubungi oleh pihak RS Intan Husada untuk segala sesuatu yang berkaitan dengan biaya pengobatan pasien tersebut di atas. Penanggung Jawab dan/atau Petugas Pendaftaran Penjamin Pasien

Nama Lengkap dan Tanda Tangan



Identitas Pasier	(Diisi oleh Petugas Pendaftaran)
Nama	
Tanggal Lahir	: (L/W)*
No. RM	Time - I
Ruangan / Kelas	:
DPJP	:

	INTANI	АПАРШ	Ruangan / Kelas DPJP	:			
	a KAT ON		Dapat Tempelkan Stike	r Ide <u>ntit</u> as Pa. di sini			
	PER ET NAN NAN	JAN PE CY.	DI UT ME B/ A, M VAHAN	RAV AT INAP MENGI NFORMASI BERIKUT	r		
l.	Nama Pekerjaan Alamat Rumah	WAB A JAMIN PASIE	Telp:				
	No. KTP/SIM Hubungan dengan pasien						
II.	DATA PASIEN RAWAT IN Nama Pasien No. Rekam Medis Ruang Perawatan Tempat/ Tanggal Lahir Alamat Rumah	:		***************************************	ja j		
Tempat/ Tanggal Lahir :							
р	eraturan/ketentuan diatas j	uga bertanggung jawab d	n dimenderi manarima corta	ien secara sadar dan tanpa paks bersedia untuk mematuhi seli oleh pihak RS Intan Husada u			
P	Barut,// 20 Penanggung Jawab dan/at Penjamin Pasien	au		Petugas Pendaftaran			

(.....) Nama Lengkap dan Tanda Tangan

(.....)

Nama Lengkap dan Tanda Tangan