

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 140 80 178 032
 Nama Lengkap : R. IMAN NURJAMAN
 Unit/Divisi/Komite : Pendapatan
 No. Telepon/Ext : 085211572223
 E-mail : nurjaman72@gmail.com

Tanggal : 19 Agustus 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 003 / 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 MWSD	
Waktu :	
Paraf	
yeni	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

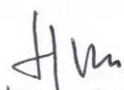
untuk mengurangi pasien / keluarga pasien tidak melakukan pembayaran deposit lenjutan

Komponen Perubahan

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

Kertas menggunakan 1/2 F4 dua ply

Tanda Tangan
Pemohon,

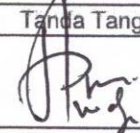
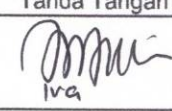
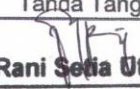
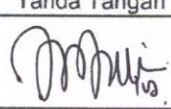
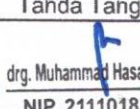

R. Iman Nurjaman

Tanda Tangan
Penerima,


Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
1/2 F4 2 ply New		yeni	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Prinsip ATT dilaksanakan.		 Iva	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		R. Iman Nurjaman	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ATT		dr. Regus Cetah Cito	 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	Identitas Pasien <i>(Diisi oleh Billing)</i> Nama Pasien : Tanggal Lahir : (L / W) * No. RM : - - Ruangan / Kelas : Dokter yang merawat : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini</i>	FORMULIR DEPOSIT RAWAT INAP
<div><input type="checkbox"/> Deposit Awal</div> <div><input type="checkbox"/> Deposit Lanjutan</div>		
Yang bertanda tangan dibawah ini :		
Nama : <div><input type="checkbox"/> Laki-laki</div> <div><input type="checkbox"/> Perempuan</div>		
Tempat dan Tanggal lahir :		
Alamat :		
No Identitas diri *KTP/SIM :		
Hubungan dengan pasien : *Suami / Istri / Anak / Menantu		
Selaku *pasien / keluarga pasien, mengerti sepenuhnya atas pembayaran deposit dengan ketentuan yang berlaku sebesar :		
Nama Ruangan : Tanggal Masuk : Jumlah Deposit : Rp. (Terbilang dalam rupiah)		
Tanggal/Pukul : / / 20.... Jam : ... : ... WIB		
<div>*Pasien / Keluarga Pasien</div> <div>Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap</div>		
<div>(Tanda Tangan dan Nama Jelas)</div> <div>(Tanda Tangan dan Nama Jelas)</div>		
Catatan : * coret yang tidak perlu Putih: Pasien/Keluarga Pasien Merah : Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap		

	Identitas Pasien <i>(Diisi oleh Billing)</i> Nama Pasien : Tanggal Lahir : (L / W) * No. RM : - - Ruangan / Kelas : Dokter yang merawat : Penjamin : <i>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini</i>	FORMULIR DEPOSIT RAWAT INAP
<div><input type="checkbox"/> Deposit Awal</div> <div><input type="checkbox"/> Deposit Lanjutan</div>		
Yang bertanda tangan dibawah ini :		
Nama : <div><input type="checkbox"/> Laki-laki</div> <div><input type="checkbox"/> Perempuan</div>		
Tempat dan Tanggal lahir :		
Alamat :		
No Identitas diri *KTP/SIM :		
Hubungan dengan pasien : *Suami / Istri / Anak / Menantu		
Selaku *pasien / keluarga pasien, mengerti sepenuhnya atas pembayaran deposit dengan ketentuan yang berlaku sebesar :		
Nama Ruangan : Tanggal Masuk : Jumlah Deposit : Rp. (Terbilang dalam rupiah)		
Tanggal/Pukul : / / 20.... Jam : ... : ... WIB		
<div>*Pasien / Keluarga Pasien</div> <div>Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap</div>		
<div>(Tanda Tangan dan Nama Jelas)</div> <div>(Tanda Tangan dan Nama Jelas)</div>		
Catatan : * coret yang tidak perlu Putih: Pasien/Keluarga Pasien Merah : Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap		