

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 5090193056
Nama Lengkap : Aceng Hilman
Unit/Divisi/Komite : Rekam medis
No. Telepon/Ext : 1205
E-mail :

Tanggal : 28 Juni 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 012/F/ RM/RSIH/1/2022
No/Kode RM : 0.23 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Januari 2022 Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	
Buffer stock :	
Proses PO :	2 MIN 60
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Identitas

Komponen Perubahan

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

Identitas dicatatkan dan stiker label pasien

Tanda Tangan
Pemohon,

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Pu lpy			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Boe			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Identitas dicatatkan dan stiker pasien			
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Boe		Acc	

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



SURAT PERMOHONAN RAWAT INAP

Tanggal :

Kepada Yth.

Petugas Pendaftaran Rawat Inap/Dokter Jaga/Perawat

RS Intan Husada

di Tempat

Dengan hormat

Mohon didaftarkan sebagai Pasien Rawat Inap dan pengelolaannya :

Nama :

Tanggal Lahir : (L / W)*

No. RM :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas :/.....

Dokter Yang Merawat/DPJP :

Penjamin :

(Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini)

Diagnosa Kerja :

Indikasi Rawat Inap :

Jenis Ruang yang dibutuhkan : ☐ Rawat Inap Non Isolasi

☐ Rawat Inap Isolasi

☐ ICU/HCU Non Isolasi

☐ ICU/HCU Isolasi

☐ NICU/Perinatologi

Rencana Perawatan oleh Dokter (DPJP) :

Rencana Tindakan :

Instruksi medik dan perawatan :

Rencana Pemakaian Alat (bila perlu) :

No	Alat yang digunakan	Spesifikasi (Ukuran dan Merk)	Jumlah

Atas bantuannya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

(dr.)

Nama Jelas dan Tanda Tangan



SURAT PERMOHONAN RAWAT INAP

Tanggal :

Kepada Yth.

Petugas Pendaftaran Rawat Inap/Dokter Jaga/Perawat

RS Intan Husada

di Tempat

Dengan hormat

Mohon didaftarkan sebagai Pasien Rawat Inap dan pengelolaannya :

Nama :

Tanggal Lahir :

No. RM :

Diagnosa Kerja :

Indikasi Rawat Inap :

Jenis Ruangan yang dibutuhkan :

Rencana Perawatan oleh Dokter (DPJP) :

Rencana Tindakan :

Jaminan :

Instruksi medik dan perawatan :

Rencana Pemakaian Alat (bila perlu) :

No	Alat yang digunakan	Spesifikasi (Ukuran dan Merk)	Jumlah

Atas bantuannya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

(dr.)

Nama Jelas dan Tanda Tangan