

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15040193056  
 Nama Lengkap : Acheny Fikriyanti  
 Unit/Divisi/Komite : Rekam Medis  
 No. Telepon/Ext : 1205  
 E-mail :

Tanggal : 13/04/2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 09A/F/RM/RSIH/14/2022  
 No/Kode RM : 1-19 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

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

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 untuk kelengkapan formulir di unit pendaftaran.

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

*Acheny H*

Tanda Tangan  
Penerima,

*Rani Setia Utami*  
 NIP. 15070293069


### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan
F4 2P14		<i>yeni</i>
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan
Tambahan pada <del>point</del> Hak poin (12) -- kritis, seizin petugas medis.		<i>Rani Setia Utami</i> NIP. 15070293069
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan
tim POUJA HPK		<i>Rani Setia Utami</i>
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan
rekanan sudah diuati dgn rekam medis	<i>Acheny</i> 08/04/22	no. form di sesuaikan.
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur
ASE	<i>Acheny</i>	<i>Acheny</i>
		Tanda Tangan
		<i>Rani Setia Utami</i> NIP. 15070293069
		Tanda Tangan
		<i>Rani Setia Utami</i> NIP. 15070293069

\*)Catatan: Wajib Melampirkan Draft

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

	<div>Identitas Pasien (Diisi oleh Petugas Pendaftaran)</div> <div>Nama : .....</div> <div>Tanggal Lahir : .....( L / W )*</div> <div>No. RM : <div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div></div> - <div><div></div><div></div></div></div> <div>Ruangan/ Kelas : .....</div> <div>DPJP : .....</div> <div>Penjamin : .....</div> <div>Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini</div>
<div>HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN</div> <div><div>A. HAK –HAK PASIEN / PATIENT’S RIGHTS</div><div><div>1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di RS Intan Husada.</div><div>2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.</div><div>3. Memperoleh layanan manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi.</div><div>4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.</div><div>5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.</div><div>6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.</div><div>7. Memilih dokter dan dokter gigi serta kelas perawatan yang sesuai dengan keinginannya serta sejalan dengan peraturan yang berlaku di RS Intan Husada.</div><div>8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktek (SIP) baik didalam maupun di luar RS Intan Husada.</div><div>9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya.</div><div>10. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.</div><div>11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang diderita.</div><div>12. Pasien didampingi keluarga pada saat pasien kritis, dengan seizin petugas medis.</div><div>13. Menjalankan ibadah sesuai agama/kepercayaan yang dianutnya selama hal tersebut tidak mengganggu pasien lainnya.</div><div>14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di RS Intan Husada.</div><div>15. Mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan RS Intan Husada terhadap dirinya.</div><div>16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama/kepercayaan yang dianutnya.</div><div>17. Menggugat dan atau menuntut RS Intan Husada apabila rumah sakit diduga tidak memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.</div><div>18. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.</div></div><div><div>B. KEWAJIBAN – KEWAJIBAN PASIEN / PATIENT’S OBLIGATIONS</div><div><div>1. Mematuhi peraturan yang berlaku dan tata tertib RS Intan Husada.</div><div>2. Menggunakan fasilitas RS Intan Husada secara bertanggung jawab.</div><div>3. Menghormati hak pasien lain, pengunjung, hak tenaga kesehatan, serta petugas lainnya yang bekerja di RS Intan Husada.</div><div>4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya.</div><div>5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jamina kesehatan yang dimilikinya.</div><div>6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di RS Intan Husada dan disetujui oleh pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.</div><div>7. 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.</div><div>8. Memberikan imbalan jasa atau pelayanan yang diterima.</div></div></div><div><div>Saya telah membaca keterangan di atas, dan memahami hak dan kewajiban saya.</div><div>Garut, ..... 20.....</div><div>.....</div><div>Nama Jelas dan Tanda Tangan Pasien / Wali</div></div><div>094/F/RM/RSIH/IV/2022 (Rev.01)</div></div>	