

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR


### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050295183  
 Nama Lengkap : Melan Meliyana Nur Annisa  
 Unit/Divisi/Komite : Pendaftaran  
 No. Telepon/Ext : 081771687520  
 E-mail : melianamelan@gmail.com

Tanggal : \_\_\_\_\_

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Formulir Serah terima Jaminan  
 No/Kode Formulir : 011/F/PEMO/11/2024 (Rev.001)  
 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 :	-
Waktu :	-
Paraf 	

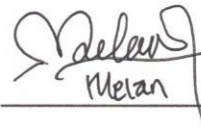
### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 untuk menunjang pekerjaan Billing Rawat Inap dalam melakukan  
 Proses Penyimpanan Jaminan Pasien tunggakan

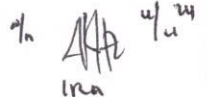
### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,



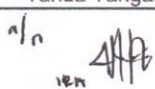

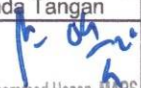
  
Melan

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Ina

### Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
di print 100 Ek			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Ari			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		ditundakan	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
			 drg. Muhammad Hasan, MARS

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/X/2022(Rev.01)

**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*

Kepada Yth,

**Manajemen RS. Intan Husada**

di Tempat

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....

Tempat dan Tanggal lahir : .....

Alamat Tempat Tinggal : .....

No Identitas diri \*KTP/SIM : .....

Hubungan dengan pasien : \*Suami/Istri/Anak/Menantu

Dengan ini bersedia untuk menyerahkan jaminan sebagai tanda belum melakukan pelunasan biaya rawat inap sebagai berikut:

- ☐ 1. Perhiasan emas asli dilengkapi dengan bukti pembelian
- ☐ 2. Kendaraan roda 4 beserta kelengkapan suratnya (BPKB dan STNK)
- ☐ 3. Kendaraan roda 2 beserta kelengkapan suratnya (BPKB dan STNK)
- ☐ 4. Menyimpan jaminan seperti surat berharga (Girik atau AJB, atau Sertifikat Tanah)
- ☐ 5. Menyiapkan 2 KTP elektronik (pasien dan keluarga pasien)
- ☐ 6. Menyiapkan 2 nomor telepon aktif

Dengan ini maka saya sebagai pasien/keluarga pasien akan bertanggungjawab dan menyelesaikan pelunasan pembayaran tagihan rawat inap ini dalam jangka waktu ..... Hari/Bulan. Apabila dalam jangka waktu yang ditentukan tidak dapat melakukan kewajibannya, maka Rumah Sakit Intan Husada akan melakukan proses lelang jaminan terhadap jaminan yang disimpan.

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

Materai

( Tanda Tangan dan Nama Jelas )

Catatan : \* coret yang tidak perlu ☐ Ceklis

\*Harga jaminan yang disimpan harus sesuai dengan biaya tagihan yang tertunda

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

( Tanda Tangan dan Nama Jelas )

FORMULIR SERAH TERIMA JAMINAN

011/F/PEND/IV/2024 (REV. 00)

**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR SERAH TERIMA JAMINAN  
011/F/PEND/IV/2024 (REV. 00)**

**1. PENGERTIAN**

Jaminan adalah suatu barang, harta, atau benda yang diberikan oleh debitur (Pasien/Keluarga Pasien) kepada kreditur (RS Intan Husada) dalam pengajuan suatu permohonan penundaan pembayaran tagihan biaya rawat inap

**2. TUJUAN**

Sebagai acuan dan langkah-langkah untuk tata laksana penyimpanan jaminan yang timbul dari penundaan pembayaran tagihan Perawatan Rawat Inap di Rumah Sakit Intan Husada

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan sebagai bukti tertulis terkait jaminan yang akan disimpan

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Petugas *Billing* rawat inap

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- Pengisian Identitas Pasien diisi oleh petugas *billing* rawat inap dengan label yang sudah disediakan
- Pengisian Nama Lengkap diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
- Pengisian Tempat dan Tanggal lahir diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
- Pengisian Alamat Tempat Tinggal diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
- Pengisian No Identitas diri KTP/SIM diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
- Hubungan dengan pasien diisi oleh pasien atau keluarga pasien
- Pengisian tanda ceklis pada Formulir Serah Terima Jaminan pada poin 1 sampai poin 5 diisi oleh petugas *billing* rawat inap bersama-sama dengan pasien atau keluarga pasien sesuai dengan jaminan yang akan disimpan
- Pengisian "dalam jangka waktu ...." diisi oleh pasien/keluarga pasien
- Pengisian Tanggal/Pukul diisi oleh Petugas
- Pengisian kolom tanda tangan pasien/keluarga pasien diisi oleh pasien/keluarga pasien
- Pengisian kolom tanda tangan Petugas *Billing* Rawat Inap diisi oleh petugas *billing* rawat inap

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Identitas Pasien	Diisi dengan label yang sudah di sediakan	Diisi oleh petugas <i>billing</i> rawat inap

Nama Lengkap	Diisi oleh huruf sesuai dengan nama pasien tersebut	Diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
Tempat dan Tanggal Lahir	Diisi dengan huruf dan angka tanggal, bulan dan tahun pemilik nama lengkap dilahirkan	Diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
Alamat Tempat Tinggal	Diisi dengan huruf sesuai dengan Alamat yang dijadikan tempat tinggal saat ini	Diisi oleh Pasien/Keluarga Pasien
No Identitas diri KTP/SIM	Diisi angka sesuai dengan yang ditulis	Diisi oleh petugas <i>billing</i> rawat inap atau Kasir Rawat Jalan
Hubungan dengan Pasien	Diisi dengan mencoret salah satu	Diisi dan dicoret oleh pasien/keluarga pasien
Poin 1 sampai 6	Diisi dengan cara memberikan tanda ceklis pada kolom sesuai dengan jaminan yang akan disimpan	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> rawat inap dan pasien/keluarga pasien
Dalam jangka waktu ..... Hari/Bulan	Diisi dengan angka dan di coret salah satu untuk keterangan hari/bulannya disesuaikan dengan kesanggupan pasien/keluarga pasien melunasi tagihan rawat inap	Diisi oleh pasien/keluarga pasien
Tanggal/pukul/jam	Diisi dengan angka disesuaikan dengan tanggal yang berlangsung saat penyimpanan jaminan	Diisi oleh petugas <i>Billing</i> rawat inap
pasien/keluarga pasien (tanda tangan dan nama jelas)	Diisi dengan lambang tertulis untuk tanda tangan pasien dan untuk nama jelas diisi dengan huruf	Diisi oleh pasien/keluarga pasien sesuai dengan nama lengkap yang dituliskan di atas sebelumnya

Petugas Billing Rawat Inap (tanda tangan dan nama jelas)	Diisi dengan lambang tertulis untuk tanda tangan pasien dan untuk nama jelas diisi dengan huruf	Diisi oleh Petugas <i>Billing</i> Rawat Inap
--	---	--