

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : dr. Iva Tania
Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik
No. Telepon/Ext :
E-mail : pm.rsih@gmail.com

Tanggal : 24/01/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 001/F/TANMED/RSIH/1/2022
No/Kode RM : - (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 0

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -
Buffer stock : -
Proses PO : 2 MINESU
Waktu :

Paraf



Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
Disesuaikan dengan Standarisasi akreditasi RS

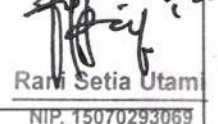
Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
adanya penambahan keperluan, jenis cuti dan delegasi tugas sesuai dengan pengajuan cuti dokter.

Tanda Tangan
Pemohon,

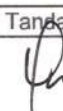
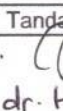
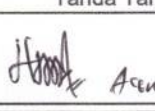

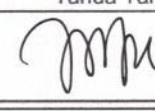
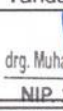

dr. Iva

Tanda Tangan
Penerima,


Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>Akan dicetak form kemudian untuk 1/2 PM 1 PM</u>			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>at komite medik</u>		 dr. Hadiyana, SpB	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>form tidak masuk ke berkas rekam medis.</u>	 24/1/22 Aseng	<u>NO FORM DISBUATKAN</u> <u>001/F/TANMED/RSIH/1/2022</u>	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>Asu</u>	 dr. Iva	<u>ACC</u>	 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



FORM CUTI DOKTER

NIK : _____
NAMA : _____

DIVISI/ UNIT/ KSM : _____

TANGGAL PENGAMBILAN CUTI : _____

JENIS CUTI : ☐ Tahunan ☐ Melahirkan ☐ Sakit*)
☐ Khusus ☐ Keguguran ☐ Izin

KEPERLUAN

Jatah cuti reguler _____
Jumlah cuti yang diambil _____
Sisa cuti reguler _____
Alasan Cuti _____

DELEGASI TUGAS (beri tanda ☒ pada kotak ☐ sesuai tugas yang akan didelegasikan selama cuti)

<input type="checkbox"/> KLINIK	<input type="checkbox"/> VISITE	<input type="checkbox"/> ON-CALL	<input type="checkbox"/> JAGA
Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :	Tanggal :
Penerima delegasi :	Penerima delegasi :	Penerima delegasi :	Penerima delegasi :
TTd	TTd	TTd	TTd

Garut,20.....

PEMOHON	ATASAN LANGSUNG	ATASAN TIDAK LANGSUNG	KETUA KOMITE**)

*) Lampirkan surat keterangan dokter

001/F/YANMED/RSIH/I/2022 Rev. 00