MARKAS BESAR TNI ANGKATAN DARAT

Nama :

No. RM :

Tgl Lahir :

RSPAD GATOT SOEBROTO

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM**

**( GENERAL CONSENT )**

|  |  |
| --- | --- |
| **NO** | **URAIAN** |
| 1. | Saya mengetahui bahwa saya/pasien memiliki kondisi yang membutuhkan ***pelayanan dan pengobatan*** medis. Saya mengizinkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan terapi yang diperlukan sesuai penilaian profesional mereka. |
| 2. | Saya menyadari bahwa praktik kedokteran adalah upaya dokter untuk mengembalikan kesehatan pasien yang terganggu, karenanya tidak ada jaminan pasti terhadap hasil prosedur, tindakan dan perawatan yang dilakukan kepada saya/pasien. Saya mengetahui bahwa saya/pasien mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam semua tahapan pengobatan dan perawatan saya/pasien, termasuk untuk menyetujui maupun menolak semua tindakan medis yang direncanakan kepada saya/pasien. |
| 3. | Saya menyetujui rumah sakit wajib menjamin kerahasiaan informasi medis saya/pasien. Namun untuk kesehatan saya/pasien dan perkembangan ilmu pengetahuan serta yang terkait dengan pihak ketiga dalam keadaan tertentu, saya setuju melepaskan hak kerahasiaan medis pasien atas izin dari saya atau sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan. Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang kondisi kesehatan, hasil pelayanan dan pengobatan saya/pasien kepada :   1. ................................................................................ No. HP : ...............................................   2. ................................................................................ No. HP : ............................................... |
| 4. | Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi saya/pasien sesuai ketentuan rumah sakit, kecuali yang secara tegas saya minta :  Diagnosis penyakit saya tidak boleh diinformasikan **kecuali / termasuk** **\*)** keluarga inti.  ..........................................................................................................................  .......................................................................................................................... |
| 5. | Saya mengetahui bahwa RSPAD Gatot Soebroto merupakan RS Pendidikan yang menjadi tempat praktik klinik bagi mahasiswa kedokteran dan profesi-profesi kesehatan lainnya. Saya menyetujui mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan lain berpartisipasi dalam perawatan saya/pasien atas asistensi pembimbing sesuai ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit ini. Saya mengizinkan rumah sakit menggunakan data kesehatan saya untuk penelitian kesehatan sesuai ketentuan dan saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang relevan dengan penyakit yang saya derita sesuai ketentuan rumah sakit. |
| 6. | Saya mengetahui bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik pasien dan saya/pasien secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga milik pasien. Saya setuju apabila pasien tidak sadar/membutuhkan maka saya dapat menguasakan/ menitipkan barang-barang berharga pasien kepada rumah sakit. |
| 7. | Saya setuju bahwa tidak diperkenankan mengambil dan mengedarkan gambar (foto/video) proses pelayanan yang saya/pasien terima tanpa izin dari pihak rumah sakit. |
| 8. | Saya menyatakan setuju untuk membayar total biaya perawatan. Bila saya menggunakan jaminan BPJS Kesehatan, saya akan tunduk pada ketentuan yang ditetapkan pemerintah Indonesia dan ketentuan internal RSPAD Gatot Soebroto. Bila saya menggunakan asuransi swasta, saya setuju pada ketentuan rumah sakit dan regulasi asuransi di Indonesia. |

Dengan menandatangani dokumen ini berarti saya telah memahami dan menyetujui semua ketentuan diatas. Jika yang memberikan tanda tangan bukan pasien yang bersangkutan, maka penandatangan menjamin bahwa ia mendapat kuasa dari pasien dan sah mewakili pasien.

Jakarta, ................... 20..... , ........... Wib

Petugas Saksi \*\*) : Suami / istri / anak /........... Pasien

………………....….. ................................................ ........................................

\*) Coret yang tidak perlu.

\*\*Bila keluarga / pengantar / penanggung jawab tidak ada, ditandatangani oleh petugas RS

Rev.V/XI/2017/RM-002c