



PERSETUJUAN UMUM RAWAT JALAN
(GENERAL CONSENT)

Saya yang bertandatangan di bawah ini bersedia bertanggung jawab terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan perawatan penderita di Klinik Utama Grha Atma sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. (lampirkan identitas / bukti diri seperti: KTP/SIM, lainnya) :

Nama :
Umur : Jenis Kelamin : L / P *)
Pekerjaan :
Hubungan Keluarga :
Alamat : Desa/ Kel :
Kecamatan : Kab./ Kota :
Provinsi :
Nomor Telp. / HP : 1..... 2.....
Selaku penanggung jawab terhadap pasien berikut :
Nama Pasien :
Nama Ayah Kandung :
Tanggal Lahir :
Nomor Rekam Medis : (diisi oleh petugas)
Cara Bayar : Umum / BPJS PBI / BPJS NON PBI / BPJS MANDIRI / Gakinda / JPKM

A. PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN DAN ATAU PENGOBATAN

1. Saya mengetahui bahwa saya memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan untuk memberi pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka.
2. Saya sadar bahwa praktek kedokteran bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap perawatan perosedur atau pemeriksaan apapun dilakukan kepada saya.

B. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

HAK PASIEN

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit.
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi.
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan sesuai dengan standar prosedur operasional.
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang di dapatkan.
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginan dan peraturan yang berlaku
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang di derita kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar Klinik
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
10. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan di lakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang di deritanya.
12. Didampingi keluarganya dalam kondisi kritis.
13. Menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau kepercayaan yang di anutnya selama tidak mengganggu pasien lainnya.
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Klinik.
15. Mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan Klinik terhadap dirinya.
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
17. Menggugat dan/atau menuntut Klinik apabila Klinik di duga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.
18. Mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEWAJIBAN PASIEN

1. Memberikan informasi yang akurat dan lengkap tentang keluhan sakit sekarang, riwayat medis yang lalu, hospitalisasi, medikasi/pengobatan dan hal-hal lain yang berkaitan dengan kesehatan pasien.
2. Mengikuti rencana pengobatan yang diadvikan oleh dokter termasuk intruksi para perawat dan profesional kesehatan yang lain sesuai perintah dokter.
3. Memperlakukan staf klinik dan pasien lain dengan bermartabat dan hormat serta tidak melakukan tindakan yang akan mengganggu pekerjaan Klinik.
4. Menghormati Privasi orang lain dan barang milik Klinik.
5. Tidak membawa alkohol, obat-obat yang tidak mendapat persetujuan/senjata ke dalam Klinik.
6. Menghormati bahwa Klinik adalah area bebas rokok.
7. Mematuhi jam kunjungan dari Klinik.
8. Meninggalkan barang berharga di rumah dan membawa hanya barang-barang yang penting selama tinggal di Klinik.
9. Memastikan bahwa kewajiban finansial atas asuhan pasien dipenuhi sebagaimana kebijakan Klinik.
10. Bertanggung-jawab atas tindakan-tindakannya sendiri bila mereka menolak pengobatan atau advis dokternya

C. PELEPASAN INFORMASI (RELEASE OF INFORMATION)

1. Saya memahami informasi yang ada dalam diri saya, termasuk diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, Rumah Sakit akan menjamin kerahasiaannya.
2. Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan informasi tentang diagnostik, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi/perusahaan atau lembaga pemerintah.

3. Pelepasan isi informasi di dalam rekam medis tidak dapat disampaikan tanpa seizin tertulis dari pasien atau keluarga inti pasien, kecuali untuk:
- a. Kepentingan kesehatan pasien
 - b. Permintaan penegak hukum atas perintah pengadilan
 - c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri
 - d. Permintaan lembaga/institusi sesuai undang-undang
 - e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan atau audit medis sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien
 - f. Permintaan pada huruf a-e harus dilengkapi izin pimpinan
4. Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan kewenangan untuk terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan saya, data dan informasi mengenai diri saya dan keadaan kesehatan saya termasuk dalam situasi tertentu misalnya keadaan kritis dll kepada **keluarga saya**, yaitu:
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Hubungan keluarga | 3. Hubungan keluarga |
| 2. Hubungan keluarga | 4. Hubungan keluarga |
5. Saya memberi wewenang kepada Klinik untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada Anak/Istri/Suami/Keluarga/Teman*) saya yaitu:
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. Hubungan keluarga | 3. Hubungan keluarga |
| 2. Hubungan keluarga | 4. Hubungan keluarga |

D. KEINGINAN (DESIRE PRIVACY)

Saya mengizinkan Klinik memberi akses bagi keluarga dan handai taulan serta orang-orang yang akan menengok saya, namun saya **tidak ingin** memberikan akses tersebut kepada :

1. 2.

E. PERNYATAAN PASIEN (STATEMENT OF PATIENT)

Saya mengerti dan memahami bahwa:

- 1. Saya setuju dengan segala tindakan medis psikiatri dan tindakan medis umum yang akan diambil dan dianggap perlu oleh Klinik untuk diagnosa/perawatan penderita.
- 2. Saya menyadari dan setuju bahwa Klinik tidak bertanggungjawab atas akibat dari tindakan penderita diluar sepengetahuan pengawasan Klinik (misalnya: melarikan diri dari klinik, bunuh diri, mencederai diri, malapetaka dan melakukan tindakan kriminal/pidana/perdata).
- 3. Saya akan segera memberitahu apabila pindah alamat ke pihak klinik.
- 4. Saya mengerti dan memahami bahwa saya memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pengobatan setiap saat, untuk menyetujui atau menolak setiap prosedur/terapi.
- 5. Saya mengerti bahwa dokter dan para medis Klinik yang bukan karyawan tetapi staf independen/tamu yang telah diberikan hak untuk menggunakan fasilitas untuk perawatan dan pengobatan pasien mereka.
- 6. Jika ada keluhan saya bersedia mengikuti aturan tentang alur penanganan keluhan pasien di Klinik Utama Grha Atma.
- 7. Saya bersedia mengikuti tata tertib peraturan yang ada di Klinik Utama Grha Atma.
- 8. Pasien dengan kondisi **Gangguan Mental Prilaku yang diakibatkan Adiksi**, saya setuju untuk patuh mengikuti ketentuan yang sudah ditentukan oleh Klinik.
- 9. Pasien dengan kondisi **Gangguan Mental Prilaku yang diakibatkan Adiksi** saya bersedia menerima obat yang diresepkan oleh dokter dalam bentuk kapsul atau pulveres (puyer), dan menggunakan obat untuk kepentingan diri sendiri dan tidak digunakan oleh orang lain.

F. KEBUTUHAN AKAN PENERJEMAH BAHASAN

☐ TIDAK ☐ YA, Bahasa

G. KEBUTUHAN AKAN BIMBINGAN ROHANI

☐ TIDAK ☐ YA, Agama

H. PERNYATAAN TENTANG PENELITIAN

- 1. Saya mengetahui bahwa Klinik merupakan bagian dari RSJ Provinsi Jawa Barat yang merupakan RS Pendidikan yang menjadi tempat praktek klinik bagi mahasiswa kedokteran, keperawatan, psikologi, farmasi dan profesi kesehatan lainnya. Karena itu, mahasiswa mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam perawatan saya sepanjang dibawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- 2. Saya **menyetujui/menolak** *) untuk turut serta dalam penelitian klinik maupun non klinik baik sebagai subjek maupun objek sepanjang dibawah persetujuan Komite Etik Penelitian dengan pemberitahuan secara detail mengenai manfaat dan tujuan penelitian

Demikian saya telah membaca dan memahami surat persetujuan umum ini, saya bersedia memenuhi ketentuan persetujuan tersebut diatas dan apabila saya melanggar ketentuan tersebut, maka saya siap menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku di Klinik, berupa:

- 1. Teguran lisan,
- 2. Teguran tertulis berupa pernyataan,
- 3. Penarikan pengaduan apabila saya menyampaikan keluhan langsung kepada media massa/ tidak sesuai prosedur RS Jiwa Provinsi Jawa Barat sebagai instansi induk Klinik Utama Grha Atma.

Bandung, 20.....Jam :

Yang membuat perjanjian,
Pasien/ Pengampu

Saksi Keluarga

Petugas Klinik

(.....)
Tanda Tangan dan Nama Jelas

(.....)
Tanda Tangan dan Nama Jelas
NIP/NIK.

(.....)
Tanda Tangan dan Nama Jelas

*) Coret yang tidak perlu