



**RUMAH SAKIT  
SARI ASIH**

RM 26

Nama :  
Tgl Lahir/Umur :  
Nomor RM :  
NIK :

## FORM PERMINTAAN PELAYANAN KEROHANIAN

### 1. KEBUTUHAN ROHANI YANG DIMINTA PASIEN

- .....
- .....
- .....
- .....

### 2. PERMINTAAN KHUSUS PELAYANAN KEROHANIAN

- ☐ Ruqyah syar'iyah
- ☐ Terapi dzikir
- ☐ Terapi sholat tahajud
- ☐ Talqin
- ☐ Qur'an healing
- ☐ Konsultasi keagamaan pasien/ keluarga/ karyawan
- ☐ Pendampingan rohani pasien non muslim

### 3. Permintaan pelayanan jenazah

- ☐ Pemulasaraan, pemandian dan pengkafanan
- ☐ Pengantaran jenazah
- ☐ Pengawetan jenazah
- ☐ Mensholatkan jenazah
- ☐ Lain-lain, sebutkan ....

.....

Pemohon,

Mengetahui,

(.....)  
Nama Pasien / Keluarga

(.....)  
Petugas