

RM 13

Nama :

Tanggal Lahir :

Nomor RM :

NIK :

**FORMULIR PENUNDAAN / KETERLAMBATAN PELAYANAN**

**RUANG : ……………………………………………………………………………………………….**

**DPJP : ………………………………………………………………………………………………**

**TGL DILAKUKAN TINDAKAN : ……..…………………………………….… / ……………… / 20 ..…………..**

**Kami Informasikan Bahwa Terjadi**

* **Penundaan Pelayanan**
* **Keterlambatan Pelayanan**

1. **JENIS PELAYANAN**

* **Tindakan Medis / pengobatan : …………………………………………………………………….**
* **Pemeriksaan Penunjang Diagnostik : …………………………………………………………………….**

**B. ALASAN**

**….…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**C. ALTERNATIF PELAYANAN YANG DAPAT DIBERIKAN PADA PASIEN**

**….…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………,………..,20….**

**Petugas yang menjelaskan Pasien / Keluarga Paien**

**(Nama dan Tanda tangan) (Nama dan Tanda tangan)**