

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15070191063
 Nama Lengkap : BAGA ERLANGGA
 Unit/Divisi/Komite : KEPERAWATAN
 No. Telepon/Ext : 2300
 E-mail : Baga Erlangga 12@gmail.com

Tanggal : 7 / 1 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 009/F/RM/RSIH / 1 / 2022
 No/Kode RM : RM. 10.81 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 0.0

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	-
Proses PO :	2 MINGGU
Waktu :	
Paraf	

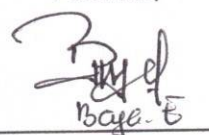
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 untuk permohonan izin pasien meninggalkan perawatan sementara

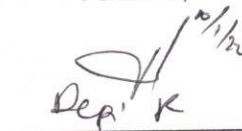
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan Pemohon,


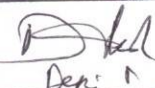

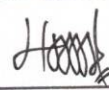

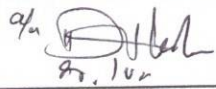
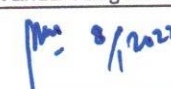

Baga Erlangga

Tanda Tangan Penerima,


Dep. K

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
AKAN DIPERAN SESUAI KEBUTUHAN UKURAN FU 1PLY			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Formulir Slow moving		 Dep. K	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Formulir Slow moving		 Dep. K	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
sudah sesuai dgn penomoran di rekam medis			 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
	 Dep. K	ACC ditandatangani	 Dep. K

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

→ Mengingat kasusnya sedikit,
bagaimana kalau di print
sewa beberapa??
→ Juknis??
→ Sosialisasi??

**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama :

Tanggal Lahir : (L / P)*

No. RM :

Ruangan/Kelas : /

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

PERMOHONAN IZIN PASIEN MENINGGALKAN PERAWATAN SEMENTARA

Saya yang bertanggung jawab terhadap pasien meminta kepada pihak Rumah Sakit Intan Husada untuk mengijinkan kepada pasien :

Nama :

Tempat/ Tanggal lahir : /

No. Rekam Medik :

Dirawat di ruang :

Untuk izin meninggalkan perawatan sementara pada :

Hari Tanggal Bulan Tahun Pukul.....

dan kembali pada :

Hari Tanggal Bulan Tahun Pukul.....

Karena kepentingan :

.....

Selama berada di luar Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap pasien adalah :

Nama :

No.KTP/SIM/Pasport* :

Hubungan dengan pasien :

Alamat :

Selama berada di luar Rumah Sakit beralamat di :

.....

.....

Nomor Telepon/HP yang bisa dihubungi :
(minimal 2 nomor)

Dengan menandatangani formulir ini setelah mendapat penjelasan mengenai kondisi medis pasien, saya menyanggupi untuk kembali ke perawatan rumah sakit dalam waktu 1 x 24 jam sejak keluar dari rumah sakit dan bersedia menanggung segala risiko yang dapat terjadi selama pasien berada di luar rumah sakit.

Garut,

Pemohon

**Menyetujui,
DPJP**

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

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

PERMOHONAN IZIN PASIEN MENINGGALKAN PERAWATAN SEMENTARA