|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logo-malang-color | PEMERINTAH KOTA MALANG  DINAS KESEHATAN  **PUSKESMAS RAMPAL CELAKET**  Jl. Simpang Kasembon No.5 Telp. (0341) 356380  [www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id](http://www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id) e-mail : [puskrampalcelaket@malangkota.go.id](mailto:puskrampalcelaket@malangkota.go.id)  MALANG Kode Pos : 65111 | logo pkm |

**RM 22**

**LEMBAR PERSETUJUAN UMUM**

**(GENERAL CONSENT)**

1. **HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN**

**HAK PASIEN**

1. Memperoleh informasi tentang tata tertib dan peraturan yang berlaku di Puskesmas Rampal Celaket.
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
3. Memperoleh pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar profesi kedokteran/kedokteran gigi tanpa ada diskriminasi.
4. Memperoleh asuhan keperawatan/asuhan kebidanan seuai dengan profesi keperawatan/kebidanan.
5. Mendapatkan “privacy” dan kerahasiaan data medisnya.
6. Mendapat informasi yang meliputi : penyakit yang dideritanya, tindakan medis yang akan dilakukan, kemungkinan adanya penyulit/resiko sebagai akibat tindakan tersebut dan upaya untuk mengatasinya.
7. Menyetujui/memberi ijin atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh dokter, sehubungan dengan penyakitnya.
8. Memilih tenaga medis pemberi pelayanan.

**KEWAJIBAN PASIEN**

1. Membawa kartu berobat, identitas dan mengikuti alur pelayanan
2. Mematuhi segala peraturan dan tata tertib yang berlaku bagi pasien/keluarga pasien di Puskesmas Rampal Celaket.
3. Memenuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pelaksanaan pengobatannya.
4. Memberikan informasi dengan jujur, benar dan lengkap tentang penyakit yang dirasakan/dideritanya kepada petugas pemberi pelayanan.
5. Menyelesaikan dan memenuhi semua ketentuan administrasi pelayanan di Puskesmas Rampal Celaket.
6. Memenuhi hal-hal yang telah disepakati dalam perjanjian yang telah ditandatangani.
7. **PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN**

Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk mendapat *screening visual* dan pelayanan kesehatan di Puskesmas Rampal Celaket dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada pihak Puskesmas Rampal Celaket, dokter dan perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan pelayanan kesehatan dan pemeriksaan fisik untuk memberikan asuhan keperawatan, pemeriksaan fisik, melakukan prosedur diagnostik / terapi sesuai pertimbangan yang diperlukan atau disarankan selama pelayanan kesehatan terhadap saya.

**III. PRIVASI**

1. Saya memberi kuasa kepada pihak Puskesmas Rampal Celaket untuk menjaga privasi dan kerahasiaan penyakit saya selama menjalani pelayanan kesehatan.
2. Saya mengijinkan/tidak mengijinkan\* privasi khusus. Sebutkan bila ada permintaan privasi khusus (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
3. Saya mengijinkan/tidak mengijinkan\* pihak puskesmas rampal celaket memberi akses bagi keluarga, handai taulan, serta orang lain untuk memberikan informasi tentang kondisi kesehatan saya, asuhan dan pengobatan saya.

*\*lingkari yang dipilih*

**IV. RAHASIA KEDOKTERAN**

Saya setuju bahwa pihak Puskesmas Rampal Celaket wajib menjamin rahasia kedokteran saya untuk kepentingan perawatan dan pengobatan, pendidikan maupun penelitian kecuali saya mengungkapkan sendiri kepada orang lain yang saya beri kuasa sebagai penjamin.

**V. MEMBUKA RAHASIA KEDOKTERAN**

Saya setuju untuk membuka rahasia kedokteran terkait dengan kondisi kesehatan, asuhan dan pengobatan yang saya terima kepada :

1. Pihak Puskesmas Rampal Celaket yang memberikan asuhan kesehatan kepada saya
2. Perusahaan asuransi kesehatan atau perusahaan lainnya atau pihak lain yang menjamin pembiayaan saya

SAYA TELAH MEMBACA dan SEPENUHNYA SETUJU / TIDAK SETUJU\* dengan setiap pernyataan yang terdapat pada formulir ini dan menandatangan tanpa paksaan dan dengan kesadaran penuh.

*\*lingkari yang dipilih*

Malang , (${tgl\_sekarang})

Petugas Pemberi Informasi Penerima Informasi

............................. (${nama\_pasien})