

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : JUNAIDI Tanggal Lahir : 1991-07-12(L) No. RM : 140311
---	--	---

PERSETUJUAN UMUM (General Consent)

PERSETUJUAN UMUM (General Consent)

1. PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN DAN PENGOBATAN

Saya memahami informasi yang ada di dalam saya, termasuk diagnosis, hasil laboratorium, dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawat medis, Rumah Sakit Sri Pamela akan menjamin kerahasiaannya.

Saya memberi wewenang kepada Rumah Sakit Sri Pamela untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi/perusahaan dan atau lembaga pemerintah.

Saya memberikan wewenang kepada Rumah Sakit Sri Pamela untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada anggota keluarga dan

2. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

Gilang Prasojo

Kepada

Saya memiliki hak untuk mengambil bagian dalam keputusan mengenai penyakit saya dan dalam hal perawatan medis dan rencana pengobatan.

Saya telah mendapat informasi tentang Hak dan Tanggung Jawab Pasien di Rumah Sakit Sri Pamela melalui leaflet dan banner yang disediakan petugas.

Saya memahami bahwa Rumah Sakit Sri Pamela tidak bertanggung jawab atas kehilangan barang-barang pribadi dan barang berharga yang dibawa ke Rumah Sakit Sri Pamela

3. HAK DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN

Saya telah menerima informasi tentang peraturan yang diberlakukan oleh Rumah Sakit Sri Pamela dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhi, termasuk akan mematuhi jam berkunjung pasien sesuai dengan aturan di Rumah Sakit Sri Pamela.

Anggota keluarga saya yang menunggu saya bersedia untuk selalu memakai tanda pengenal khusus yang diberikan oleh Rumah Sakit Sri Pamela dan demi keamanan seluruh pasien setiap keluarga dan siapapun yang akan mengunjungi saya diluar jam berkunjung bersedia untuk diminta/diperiksa identitasnya dan memakai identitas yang diberikan oleh Rumah Sakit Sri Pamela.

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : JUNAIDI Tanggal Lahir : 1991-07-12(L) No. RM : 140311
---	--	--

Saya memahami bahwa saya dapat memilih untuk turun kelas ataupun naik kelas perawatan apabila kamar perawatan yang menjadi hak saya sesuai fasilitas kartu BPJS saya tidak tersedia. Dan saya telah memahami apa yang menjadi kewajiban dan hak saya apabila saya memilih hal tersebut. Dan saya bersedia mengikuti peraturan Rumah Sakit Sri Pamela yang berlaku saat ini.

4. INFORMASI RAWAT INAP

Saya mengizinkan/ ~~tidak mengizinkan~~ (coret salah satu) Rumah Sakit memberi izin bagi: Keluarga dan orang-orang yang akan melihat saya (sebutkan nama) bila ada permintaan khusus yang tidak di izinkan,

5. PRIVASI DAN KERAHASIAN INFORMASI

Anak Laki Laki

Sebutkan :

6. BIAYA PERAWATAN

6. BIAYA PERAWATAN

☒ Saya menyatakan setuju sebagai pasien/ penanggung jawab pasien dengan status umum untuk membayar total biaya perawatan yang diberikan sesuai rincian biaya dan ketentuan RSU Sri Pamela.



Lili Nurinda Sari, SE