

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : INDRAWATI Tanggal Lahir : 1969-11-15(P) No. RM : 022032
---	--	---

PERSETUJUAN UMUM (General Consent)

PERSETUJUAN UMUM (General Consent)
5. PRIVASI DAN KERAHASIAN INFORMASI

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,

Sebutkan :
a

6. BIAYA PERAWATAN
-

PASIEN/KELUARGA DAN ATAU WALI HUKUM HARUS MEMBACA, MEMAHAMI DAN MENGISI INFORMASI BERIKUT :

1. PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN DAN PENGOBATAN

Saya menyetujui untuk mendapat perawatan di Rumah Sakit Sri Pamela sebagai pasien rawat jalan/pasien rawat inap tergantung kepada kebutuhan medis. Pengobatan dapat meliputi pemeriksaan x-ray/radiologi, tes darah, perawatan dan prosedur rutin seperti cairan infuse atau suntikan dan evaluasi (wawancara dan pemeriksaan fisik).

Persetujuan yang saya berikan tidak termasuk persetujuan untuk prosedur/tindakan invasive (misalnya operasi) atau tindakan yang mempunyai resiko tinggi.

Jika saya memutuskan untuk menghentikan perawatan medis untuk diri saya, saya memahami dan menyadari bahwa Rumah Sakit Sri Pamela ataupun dokter tidak bertanggung jawab atas hasil yang merugikan saya.

2. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

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

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : INDRAWATI Tanggal Lahir : 1969-11-15(P) No. RM : 022032
---	--	--

Kepada
a

3. HAK DAN TANGGUNG JAWAB PASIEN

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

4. INFORMASI RAWAT INAP

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.

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.

Saya telah membaca isi dari pernyataan ini/telah dibacakan isi dari pernyataan ini, dan saya telah memahami isi dari pernyataan ini. Dan semua pertanyaan saya telah dijawab dengan jelas



Lili Nurinda Sari, SE

Andi