SRI PAMELA MEDIKA NUSANTARA	**RS SRI PAMELA** Jalan Jend. Sudirman	Nama : TIURLI SITUMORANG Tanggal Lahir : 1967-06-26(P) No. RM : 139913

General Consent (Test)

General Consent (Test)
Nama Pasien Lengkap
TIURLI SITUMORANG
No Rekam Medis
139913
Tanggal Lahir Pasien
1967-06-26
-

1. PERSETUJUAN UNTUK PERAWATAN DAN PENGOBATAN

Saya menyetujui untuk mendapat perawatan di RSU 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 operas) atau tindakan yang mempunyai resiko tinggi. -

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

merugikan saya.

2. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

Saya memahami imformasi yang ada di dalam Saya, termasuk Diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, RSU Sri Pamela akan menjamin kerahasiannya.

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

lembaga pemerintah.

SRI PAMELA MEDIKA NUSANTARA	**RS SRI PAMELA** Jalan Jend. Sudirman	Nama : TIURLI SITUMORANG Tanggal Lahir : 1967-06-26(P) No. RM : 139913

Saya memberi wewenang kepada RSU Sri Pamela untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada anggota keluarga saya dan kepada :

a.....

b.....

c.....

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 RSU Sri Pamela melalui leaflet dan banner yang disediakan petugas.

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

4. INFORMASI RAWAT INAP

Saya telah menerima informasi tentang peraturan yang diberlakukan oleh RSU Sri Pamela dan saya beserta keluarga bersedia untuk mematuhinya, termasuk akan mematuhi jam berkunjung pasien sesuai dengan aturan di RSU Sri Pamela Anggota keluarga saya yang menunggu saya bersedia untuk selalu memakai tanda pengenal khusus yang diberikan oleh RSU Sri Pamela dan demi keamanan seluruh pasien setiap keluarga dan siapapun yang akan mengunjungi saya di luar jam berkunjung bersedia untuk diminta/ diperiksa identitasnya dan memakai identitas yang diberikan oleh RSU Sri Pamela. Saya memahami bahwa saya dapat memilih untuk twrun 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 RSU Sri Pamela yang berlaku saat ini.

5. PRIVASI DAN KERAHASIAAN 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 petmintaan khusus yg tidak di izinkan, sebutkan :

1.....
2.....
3.....

SRI PAMELA MEDIKA NUSANTARA	**RS SRI PAMELA** Jalan Jend. Sudirman	Nama : TIURLI SITUMORANG Tanggal Lahir : 1967-06-26(P) No. RM : 139913

4.....
5.....

6. BIAYA PERAWATAN *)

© Saya menyatakan setuju sebagai pasien/ penanggung jawab pasien dengan status umum untuk

membayar total biaya perawatan yang dibertkan sesuai rincian biaya dan ketentuan RSU Sri Pamela.

© Saya menyatakan setju sebagai pasieny penanggung jawab pasien’ penanggung jawab pasien dengan melengkapi berkasi paling lambat 2x24 jam

medan, 21 Agustus 2024