

REGISTRASI PASIEN WEB



REGISTRASI PASIEN WEB

Nama Pasien	:	SURATMI
Tanggal Lahir	:	23 Januari 1957
No Identitas	:	3671126301570002
Tipe Identitas	:	KTP
Tipe Pasien	:	BPJS KESEHATAN
No BPJS	:	0002698615899

Tanggal Registrasi	:	14 Oktober 2024
Nama Dokter	:	DR. HANDOKO, SP.OT
Tanggal Berobat	:	17 Oktober 2024
Estimasi Pelayanan	:	17 Oktober 2024 17.08
No Registrasi	:	OZZYJDAB7256
No Antrian	:	1501-16
Status Registrasi	:	CONFIRM
Keterangan	:	Sudah dikonfirmasi dari Pihak Rumah Sakit

Mohon catat nomor registrasi dan simpan bukti ini. Tunjukkan bukti ini pada petugas Rumah Sakit di Anjungan Registrasi Mandiri untuk konfirmasi kehadiran, atau Anda bisa melakukan konfirmasi kehadiran secara mandiri. Terima kasih atas kepercayaan Anda kepada kami.

Murni Teguh Ciledug

Make Tomorrow More Healthy

Print :14 Oktober 2024



Persetujuan Umum

Saya sebagai

☒ Pasien

☐ Keluarga

☐ Penanggungjawab

telah membaca , memahami , dan mengisi informasi berikut :

1. INFORMASI TATATERTIB RUMAH SAKIT

Saya telah diberikan informasi tentang peraturan yang berlaku di dan akan mematuhi, termasuk akan mematuhi jam berkunjung sesuai dengan aturan dirumah sakit. Anggota keluarga yang menunggu harus selalu memakai

Tanda pengenal yang sudah diberikan saat melakukan pendaftaran dari registrasi

Penjaga pasien harus dalam keadaan sehat,

Selalu menjaga protokol kesehatan,

dan memakai masker dimanapun berada, demi keamanan rumah sakit dan siapapun yang akan mengunjungi **saya/pasien** , diluar jam berkunjung bersedia untuk diminta/ diperiksa identitasnya. (Terlampir).

2. PELAYANAN YANG DITAWARKAN RUMAH SAKIT

Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk mendapat pelayanan kesehatan di dan memberikan kuasa kepada , dokter dan perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter, perawat dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi dan/atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau yang disarankan pada perawatan **saya/pasien** . Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk x-ray, pemberian dan/atau tindakan medis serta penyuntikan (intramuskular, intravena dan prosedur invasif lainnya) produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan, pemasangan kateter urine, NGT (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis), dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.

Saya mengerti dan memahami bahwa:

- Memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan (termasuk identitas setiap orang yang memberikan atau mengamati pengobatan) setiap saat.
- Memiliki hak untuk memberikan persetujuan, atau menolak persetujuan setiap prosedur ataupun terapi yang diberikan
- Di unit pelayanan tertentu di, **ada keterlibatan peserta didik** dalam pemberian pelayanan yang didampingi oleh petugas RS, baik dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan lainnya

3. HASIL YANG DIHARAPKAN

Saya sadar bahwa praktik kedokteran dan bedah bukanlah ilmu pasti dan **saya/pasien** mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun terhadap perawatan prosedur atau pemeriksaan apapun dilakukan yang kepada **saya/pasien**.

Apabila ada hasil yang tidak diharapkan maka hasil tersebut akan dijelaskan oleh DPJP atau dokter jaga ruangan.

4. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

Saya memahami informasi yang ada di dalam diri **saya/pasien**

termasuk diagnosis, hasil laboratorium, dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, akan menjamin kerahasiaannya.

Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan **saya/pasien** bila diperlukan untuk memproses klaim Asuransi/BPJS/Jamkesmas/Perusahaan dan atau lembaga pemerintah.

Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan **saya/pasien** kepada anggota keluarga dibawah ini yang mendampingi **saya/pasien**, selama **saya/pasien** dirawat di:

1)

2)

3)

5. PRIVASI

Saya ☒ Mengizinkan ☐ Tidak mengizinkan

memberi akses bagi keluarga dan handi taulan serta orang-orang yang akan mengunjungi saya/pasien

Sebutkan nama bila ada permintaan khusus yang tidak diizinkan :

6. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

Saya memiliki hak untuk mengambil bagian dalam keputusan mengenai penyakit saya/pasien dan dalam hal perawatan medis dan rencana pengobatan.
Saya telah mendapat informasi tentang "Hak dan Kewajiban Pasien" dimelalui banner dan leaflet yang disediakan oleh petugas.

7. BARANG-BARANG MILIK PASIEN

Saya telah memahami bahwa rumah sakit bertanggung jawab atas barang berharga milik pasien yang dititipkan kepada pihak rumah sakit dan rumah sakit tidak akan memaksakan pasien atau keluarga pasien untuk menitipkan barang berharga pasien dengan konsekuensi apabila barang berharga milik pasien yang tidak dititipkan dicuri atau hilang tidak menjadi tanggung jawab rumah sakit.
secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga yang tidak dititipkan kerumah sakit, tidak terbatas pada uang, perhiasan, buku cek, kartu kredit, handphone atau barang lainnya.

8. INFORMASI BIAAYA

Saya memahami tentang informasi biaya pengobatan atau biaya tindakan yang dijelaskan oleh petugas rumah sakit.
Dengan tandatangan saya/pasiendi bawah ini menyatakan bahwasaya/pasien telah membaca dan memahami isi dari pada Persetujuan Umum (General Consent)

Note :
- Bila pasien masih bisa menulis dan kompeten terhadap dirinya sendiri, pasien sendiri yang mengisi pernyataan digeneral consent
- Setiap Pasien yang tidak dapat memenuhi kebutuhannya sendiri, wajib selalu didampingi oleh keluarga yang dapat mengambil keputusan terkait pengobatannya yang namanya tertera di General Consent untuk mengindari hal - hal yang tidak diinginkan.
- Yang membuat surat pernyataan, jika umur > 18 Tahun atau <18 Tahun yang sudah Menikah