

## LAMPIRAN


**RUMAH SAKIT TNI AL Dr. MINTOHARDJO**  
 JL. BENDUNGAN HILIR NO. 17  
 JAKARTA PUSAT  
 TELP. 5703081-5 FAX. 5711997

NOMOR R.M :

NAMA : \_\_\_\_\_ L/P

TGL. LAHIR : \_\_\_\_\_

NRP / NIP : \_\_\_\_\_

STATUS : M / S / K / H / ASKES

RUMAH SAKIT TNI AL Dr. MINTOHARDJO  
 JAWABAN DAN KELUARGA ANGGOTA HAWA IDAR

L/P Pendidikan:  SD  SMP  SMA  S1  
 Pekerjaan:  Tidak ada  Pengusaha  Siswa  Tanggung Jawab  
 Bahasa:  Inggris  Perancis  Jerman  
 Bangsa:  Indonesia  Arab  Lain  
 Peta perjalanan:  Tidak  Ya  
 Penyakit:  Tidak beres

MATERI EDUKAS	TGL	DAFTAR (DURAS MSK)	METODA (A. Cakupan B. Cara dan C. Waktu D. Dosis)	EVALUASI (A. Mengetik B. Kurang mengetik C. Tidak mengetik)	SARAN	SAKUN	PERIF	NAME	DAFTAR	ALAT (A. Lada B. Kertas C. Papan D. Lain)	TREK LAMBAT (A. Mengetik B. Tidak mengetik)	TGL
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

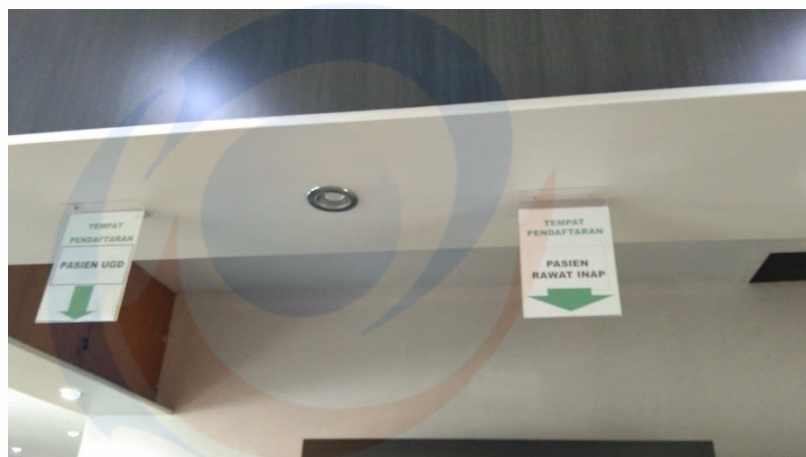
dan Kesiamban pasien dan juga beraturan dan beta terbit RS.

dan baik pasien. Biaya Perawatan

Pelasan Panduan identitas

dan Gelang Pasien Warna Gelang

Cuci Tangan Sesuai Prosedur:



DINAS KESEHATAN ANGGKATAN LAUT  
RUMKIT Lt. MINTOHARJO

RM. 06A

**SIKAT PERSETUJUAN HASIL PERAWATAN**

Saya yang beranda tangan ditanda tangani ini :

Nama / Kelamin / Alamat Rumah / No. RT / No. KTP : ..... Tahun, Laki-laki / Perempuan (\*)

Pemangku jawab dari :  
Nama / Kelamin / Alamat Rumah / No. RT / No. KTP : ..... Tahun, Laki-laki / Perempuan (\*)  
Dokter di / No. STP / Divisi / Ruang : ..... Kelas :

Menyatakan bahwa :

- Tidak menerima penjelasan dari dokter ..... dan telah paham tentang penjelasan yang diberikan.
- Saya menyatakan "SETUJU" untuk dilakukan tindakan dan terasi dalam rangka mengadakan diagnosis. Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Dokter Tanda tangan : ..... Yang menyatakan :  
Nama Jelas : ..... Nama Jelas : .....

Note :  
\* Lingkari yang dimaksud dan coret lainnya

DINAS KESEHATAN ANGGKATAN LAUT  
RUMKIT Lt. MINTOHARJO

RM. 04A

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM**  
(GENERAL CONSENT)

**UNTUK MENENUNDA PELAYANAN KESEHATAN**

- Hak dan kewajiban sebagai pasien: Dengan menandatangani dokumen ini saya menyatakan, saya telah menerima dan memahami informasi mengenai di rumah sakit, dan telah membaca dan memahami isi dari dokumen ini. Saya telah membaca dan memahami isi dari dokumen ini dan telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan. Saya telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan. Saya telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan. Saya telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan.
- Pengalihan tanggung jawab perawatan: Saya menyetujui dan menandatangani persetujuan untuk mengalihkan tanggung jawab perawatan saya kepada dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit ini. Saya menyetujui dan menandatangani persetujuan untuk mengalihkan tanggung jawab perawatan saya kepada dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit ini. Saya menyetujui dan menandatangani persetujuan untuk mengalihkan tanggung jawab perawatan saya kepada dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit ini. Saya menyetujui dan menandatangani persetujuan untuk mengalihkan tanggung jawab perawatan saya kepada dokter yang ditunjuk oleh rumah sakit ini.
- Rahasia Medis: Saya setuju rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi kesehatan saya. Saya setuju rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi kesehatan saya. Saya setuju rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi kesehatan saya. Saya setuju rumah sakit wajib menjaga kerahasiaan informasi kesehatan saya.
- Privasi: Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan saya selama dalam perawatan di rumah sakit ini. Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan saya selama dalam perawatan di rumah sakit ini. Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan saya selama dalam perawatan di rumah sakit ini. Saya memberi kuasa kepada rumah sakit untuk menjaga privasi dan kerahasiaan saya selama dalam perawatan di rumah sakit ini.

Edukasi: Saya memberikan kuasa tentang pemberian informasi hak pasien dan ke dalam pelayanan, kepada (Suami / Istri / Anak Kandung / Orang Tua).

Saya mengakui bahwa Rumkit Lt. Mintoarjo merupakan rumah sakit Pendidikan menjadi tempat praktik klinik bagi mahasiswa kedokteran dan kesehatan lainnya, dan merasa mungkin berpartisipasi dan atau terlibat dalam perawatan saya. Saya mengakui bahwa mahasiswa kedokteran dan profesional kesehatan lain berpeluang melakukan tindakan medis pada saya, sepanjang dibawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pasien.

DINAS KESEHATAN ANGGKATAN LAUT  
RUMKIT Lt. MINTOHARJO

**FORMULIR PERSETUJUAN TINDANG STATUS PASIEN**

- Saya menyatakan setuju, sebagai pasien / pemangku jawab dengan :

STATUS PASIEN	GRADIT	HARAP PASIEN/REVISI
A. Pasien Umum		
B. Pasien Jaminan Penerimaan Asuransi		
C. Pasien BPJS Kesehatan		
D. Proses Keperawatan BPJS Kesehatan		

- Jika saya merasa tidak nyaman atau saya mengalami sakit untuk menerima deposit 7 hari perawatan rumah sakit sesuai jenis perawatan, maka saya bersedia perawatan sesuai kebijakan Rumkit Lt. Mintoarjo.
- Jika saya merasa tidak nyaman atau saya mengalami sakit untuk menerima deposit 7 hari perawatan rumah sakit sesuai jenis perawatan, maka saya bersedia perawatan sesuai kebijakan Rumkit Lt. Mintoarjo.
- Jika saya merasa tidak nyaman atau saya mengalami sakit untuk menerima deposit 7 hari perawatan rumah sakit sesuai jenis perawatan, maka saya bersedia perawatan sesuai kebijakan Rumkit Lt. Mintoarjo.
- Jika saya merasa tidak nyaman atau saya mengalami sakit untuk menerima deposit 7 hari perawatan rumah sakit sesuai jenis perawatan, maka saya bersedia perawatan sesuai kebijakan Rumkit Lt. Mintoarjo.

Saya yang beranda tangan ditanda tangani ini :

Nama / Kelamin / Alamat Rumah / No. RT / No. KTP : ..... Tahun, Laki-laki / Perempuan (\*)

Pemangku jawab dari :  
Nama / Kelamin / Alamat Rumah / No. RT / No. KTP : ..... Tahun, Laki-laki / Perempuan (\*)  
Dokter di / No. STP / Divisi / Ruang : ..... Kelas :

Menyatakan bahwa :

- Saya telah membaca dan memahami isi dari dokumen ini dan telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan.
- Saya telah membaca dan memahami isi dari dokumen ini dan telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan.
- Saya telah membaca dan memahami isi dari dokumen ini dan telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan.
- Saya telah membaca dan memahami isi dari dokumen ini dan telah menandatangani dokumen ini dengan kesadaran penuh dan tanpa paksaan.

Dokter Tanda tangan : ..... Yang menyatakan :  
Nama Jelas : ..... Nama Jelas : .....

Note :  
\* Lingkari yang dimaksud dan coret lainnya

DINAS KESEHATAN ANGGKATAN LAUT  
RUMKIT Dr. MINTOHARJO  
JAKARTA

**RAHASIA**

**ALERGI / MENULAR**

TAHUN KUNJUNGAN TERAKHIR	STATUS
2015	2016
2016	2020
2017	2021
2018	2022

40 PRO STP  
10/09/20  
AN. ANINDIA KHALILA AQIM  
21/09/20  
K/M







Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**