

USULAN FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU RAWAT JALAN



RUMAH SAKIT FATIMAH PARE-PARE
YAYASAN SENTOSA IBU
JL. ILHAM No. 05 TELP (0421) 21847
PARE-PARE 9111

NO. REKAM MEDIS

--	--	--

FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU RAWAT JALAN

REGISTRATION FORM

IDENTITAS PRIBADI PASIEN (PATIENTS PERSON IDENTITY)	
1. NAMA LENGKAP PASIEN(PATIENTS FULL NAME)
2. TEMPAT & TGL LAHIR (PLACE & DATE OF BIRTH) (dd/mm/yy)
3. JENIS KELAMIN (SEX)	<input type="checkbox"/> LAKI-LAKI (MALE) <input type="checkbox"/> PEREMPUAN (FEMALE)
4. AGAMA (RELIGION)	<input type="checkbox"/> ISLAM (MOSLEM) <input type="checkbox"/> HINDU (HINDHI) <input type="checkbox"/> KRISTEN (CHRISTIAN) <input type="checkbox"/> BUDHA (BUDHIS) <input type="checkbox"/> KATOLIK (CHATOLIC) <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN (OTHERS).....
5. PENDIDIKAN (EDUCATION)	<input type="checkbox"/> SD (ELEMENTARY SCHOOL) <input type="checkbox"/> AKADEMI (DIPLOME) <input type="checkbox"/> SMP (JUNIOR HIGH SCHOOL) <input type="checkbox"/> SARJANA (UNIVERSITY) <input type="checkbox"/> SMA (HIGH SCHOOL) <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN (OTHERS)..... <i>* ISILAH SESUAI PENDIDIKAN TERAKHIR (FILL OUT APPROPRIATE OF YOUR LAST EDUCATION)</i>
6. PEKERJAAN (SUAMI/AYAH/SENDIRI) OCCUPATION (HUSBAND'S / FATHER'S / YOURSELF)	<input type="checkbox"/> KARYAWAN SWASTA (PRIVATE EMPLOYE) <input type="checkbox"/> DOKTER (MEDICAL DOCTOR) <input type="checkbox"/> WIRASWASTA (ENTERPRENEUR) <input type="checkbox"/> PELAJAR/MHS (STUDENT) <input type="checkbox"/> PNS (GOVERNMENT EMPLOYEE) <input type="checkbox"/> BURUH (LABOUR) <input type="checkbox"/> TNI/POLRI (MILITARY) <input type="checkbox"/> LAIN-LAIN (OTHERS).....
7. ALAMAT LENGKAP (FULL ADRESS)	Jl.....RT/RW..... Kel.....Kab/ Suburb..... Provinsi / Provincy:.....Kodepos/ Code..... Telp :.....HP.....
8. STATUS PERNIKAHAN (MARRIAGE STATUS)	<input type="checkbox"/> NIKAH (MARRIAGE) <input type="checkbox"/> SENDIRI (SINGLE) <input type="checkbox"/> JANDA (WIDOW) <input type="checkbox"/> DUDA (WIDOWER)
IDENTITAS KELUARGA/ PENUNGGANG JAWAB PASIEN (FAMILY IDENTITY)	
9. NAMA LENGKAP (FULL NAME)
10. ALAMAT LENGKAP (FULL ADRESS)	Jl.....RT/RW..... Kel.....Kab/Suburb..... Provinsi / Provincy:.....Kodepos/ Code..... Telp :.....HP.....
11. HUBUNGAN DENGAN PASIEN (CONTACT WITH)
IDENTITAS PIHAK PEMBAYAR (PAYER IDENTITY)	
12. NAMA (NAME)
13. ALAMAT LENGKAP (FULL ADRESS)	Jl.....RT/RW..... Kel.....Kab/Suburb..... Provinsi / Provincy:.....Kodepos/ Code..... Telp :.....HP.....
14. JENIS PEMBAYARAN (PAYMENT)	<input type="checkbox"/> UMUM/TUNAI (CASH) <input type="checkbox"/> JAMINAN PERUSAHAAN (COMPANY INSURANCE) <input type="checkbox"/> ASKES/ASURANSI LAIN (INSURANCE) <input type="checkbox"/> JAMKESMAS (SOCIAL INSURANCE) <input type="checkbox"/> KARYAWAN/KELG. KARYAWAN (EMPLOYEE)

* CATATAN / NOTE

PARE-PARE, / /20

PASIEN/ PENANGGUNG JAWAB (PATIENTS)

PETUGAS PENDAFTARAN (ADMISSION)