

PERSETUJUAN UMUM / GENERAL CONSENT

NO	MATERI PENJELASAN	ISI MATERI
1.	HAK PASIEN DAN KELUARGA	- Saya mengerti dan memahami tentang HAK PASIEN DAN KELUARGA sesuai Undang-undang Kesehatan No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. - Pasien / keluarga memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan setiap saat. - Saya mengerti dan memahami bahwa memiliki hak untuk menyetujui / menolak setiap prosedur / terapi. - Jika diperlukan Rumah Sakit, saya akan berpartisipasi dalam pemilihan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan selama perawatan saya di Rumah Sakit.
2.	PELAYANAN KEROHANIAN	Saya memahami informasi tentang pelayanan kerohanian di Rumah Sakit sesuai agama/kepercayaan pasien, dan cara bimbingan kerohanian sesuai fasilitas Rumah Sakit yang ada/keinginan pasien/keluarga.
3.	KEBUTUHAN PRIVASI	- Saya mengizinkan / tidak mengizinkan (coret salah satu) Rumah Sakit memberi akses bagi keluarga dan handai taulan serta orang yang akan menjenguk saya. (sebutkan nama / profesi jika ada permintaan)..... - Saya mengijinkan / tidak mengijinkan privasi khusus (coret salah satu). Sebutkan jika ada privasi khusus
4.	KEAMANAN	- Saya menyetujui peraturan Rumah Sakit untuk melarang keluarga dan atau handai taulan menjenguk di luar jam besuk. - Keluarga yang berkunjung di luar jam besuk WAJIB membawa kartu identitas pengunjung yang telah ditetapkan Rumah Sakit demi keselamatan dan kesembuhan pasien.
5.	PEMELIHARAAN FASILITAS RUMAH SAKIT	Saya mengerti dan memahami jika terjadi kerusakan atau kehilangan yang disebabkan oleh pasien maka menjadi tanggung jawab pasien termasuk fasilitas umum dan fasilitas/alat medis.
6.	PERSETUJUAN PELAYANAN KESEHATAN	Saya menyetujui dan memberikan persetujuan untuk mendapat pelayanan kesehatan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dan dengan ini saya meminta dan memberikan kuasa kepada RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, dokter dan perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan perawatan, pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh dokter dan perawat dan melakukan prosedur diagnostik, radiologi dan/ atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada perawatan saya. Hal ini mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, namun TIDAK TERBATAS pada x-ray, pemberian dan/ atau tindakan medis serta penyuntikan dan prosedur invasif seperti infus, NGT, DC, produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat kesehatan (kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis), dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan patologi yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang aman.
7.	PELEPASAN INFORMASI	- Memahami informasi yang ada dalam diri saya, termasuk diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, Rumah Sakit akan menjamin kerahasiaannya. - Memberi wewenang Rumah Sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan tidak terbatas untuk memproses klaim

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sultan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
---	--

RM.15.P

		asuransi dan atau lembaga pemerintah. ▪ Memberikan wewenang Rumah Sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada anggota keluarga/teman yang sudah saya tunjuk.
8.	BARANG BERHARGA MILIK PRIBADI	▪ Saya menyetujui untuk tidak membawa barang-barang berharga yang tidak diperlukan seperti : perhiasan, barang-barang elektronik ke Rumah Sakit, dan jika saya membawanya maka Rumah Sakit Sultan Imanuddin tidak bertanggungjawab terhadap kehilangan, kerusakan/ pencurian dan saya secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga milik saya tersebut.
9.	HASIL PELAYANAN	▪ Saya menyadari bahwa praktek kedokteran bukanlah ilmu pasti dan mengerti bahwa tidak ada jaminan atas hasil pengobatan atau tindakan yang akan diberikan. Saya akan mengikuti pengobatan medis sesuai prognosis Dokter sesuai dengan standar kedokteran, dan saya berharap semoga diberikan yang terbaik oleh Tuhan YME.
10.	TANGGUNG JAWAB PEMBAYARAN	▪ Saya mengizinkan Rumah Sakit untuk menagih pembayaran saya (termasuk kepada Asuransi atau penjamin lain) untuk seluruh pelayanan medis, teknis dan fasilitas, lebih lanjut saya mengizinkan Rumah Sakit untuk memberikan informasi dari rekam medis yang diperlukan untuk kepentingan pembayaran. Jika Asuransi atau penjamin tidak menanggung sebagian atau keseluruhan tagihan, saya pribadi akan bertanggung jawab untuk biaya yang tidak ditanggung. Saya mengerti bahwa setiap pertanggungn kesehatan terhadap saya harus sesuai dengan polis Asuransi atau benefit yang saya miliki. Jika saya tidak diasuransikan maka saya setuju untuk bertanggung jawab secara penuh atas pembiayaan yang timbul dari pelayanan kesehatan yang saya terima.
11.	PENGAJUAN KELUHAN	▪ Saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tentang adanya tatacara mengajukan dan mengatasi keluhan terkait pelayanan medik yang diberikan terhadap diri saya. Saya setuju untuk mengikuti tatacara mengajukan keluhan sesuai prosedur yang ada.
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas, memberikan kesempatan untuk bertanya dan berdiskusi.		Nama dan TTD Petugas (.....)
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memahami dan mengerti hal-hal diatas secara benar dan jelas.		Nama dan TTD Pasien/keluarga (.....)