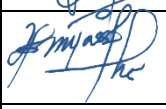
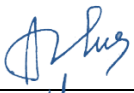
FORMULIR REGISTRASI PASIEN RAWAT JALAN

Digunakan untuk melengkapi	:	No. Standar SN.DIKTI/A/SPWM/06.21 No. Prosedur SN.DIKTI/A/SOP-SPWM/06.95	Judul standar Standar Pengelolaan Laboratorium dan Instrumentasi Prodi MIK Judul prosedur SOP Penyusunan Prosedur Manajemen Rekam Medis

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1. Perumusan	Ns. Ellia Ariesti, M.Kep	Waket I		1-8-2022
2. Pemeriksaan	Wibowo,S.Kep.,Ns.,M.Biomed	Ka. STIKes		8-8-2022
3. Persetujuan	Emy Sutiyarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes	Ketua Senat		15-8-2022
4. Penetapan	Sr. Lusiana Riyanti, Misc	Ketua YPM		22-8-2022
5. Pengendalian	Wisoedhani Widi A, S.KM., M.Kes	Ka. LPMI		29-8-2022

FORMULIR REGISTRASI PASIEN RAWAT JALAN

Diisi Oleh Praktikan

RS STIKES PANTI WALUYA MALANG **RM.001/MIK.SPWM/00/2019**

PENDAFTARAN PASIEN BARU
NEW PATIENT REGISTRATION

PHOTOCOPY/SCAN ID CARD

No. Rekam Medis / *Medical Record No.*
(Diisi oleh Petugas Registrasi / *Filled by Registration Officer*)

Kartu IDentitas yang digunakan / *ID Card Used*: **
□ KTP □ SIM □ KITAS □ Passport
No. _____

Nama Lengkap* : .....
Full Name

Tempat/Tanggal Lahir* : .....
Place/Birthdate

Jenis Kelamin** □ Laki-laki □ Perempuan Pekerjaan: .....
Sex *Male* *Female* *Job*

Status** □ Menikah □ Belum Menikah □ .....
Status *Married* *Single*

Kebangsaan* : ..... Agama*: .....
Nationality *Religion*

Nomor Telepon* 1. Rumah : ..... Email: .....
Phone Number *Home* *Email*
2. HP : .....
Mobile Phone
3. Kantor : ..... Ext. .....
Office

Alamat (sesuai ID)* : .....
Address on ID
Kelurahan : ..... Kecamatan: .....
Sub District *District*
Kab/Kota : .....Kode Pos: .....
City *Postal Code*

Alamat Domisili : .....
Current Residensial Address

Nama Orang Tua Ibu ..... Ayah .....
Parent's Name *Mother's* *Father's*

Nama Suami/Istri : .....
Spouses's Name

Nama Perusahaan/Asuransi : .....
Company's Name or Insurance

Dalam Keadaan Darurat /*In Case Of Emergency*

Nama Keluarga : ..... Hubungan** : □ Suami/Istri *Spouse* □ Orang Tua *Parent*
Name of Relative *Relationship* □ Anak *Child* □ Saudara Kandung *Sibling*

Nomor Telepon : ……. *Phone Number*	Alamat Lengkap : …… *Residential Address*
Dengan ini saya menyatakan bahwa data tersebut adalah yang sebenarnya, dan menyatakan persetujuan untuk penanganan pasien oleh pihak RS STIKES Panti Waluya Malang dengan fasilitasnya. *I hereby declare that the above data is correct and I agree to consent for all the treatment and facility usage, given by STIKES Panti Waluya Hospital Malang.*	
(……) Tanda tangan dan Nama Lengkap / *Register's signature and full name*	Tanggal: ……. *Date*
Nama Verifikator/FO : *Verification by*	Paraf : *Signature*

*) Harus diisi sesuai ID / *Must be filled based on ID Card*

**) Pilih Salah Satu / *Please choose one*

GENERAL CONSENT

KONDISI PELAYANAN DAN KEWAJIBAN KEUANGAN Rawat Jalan / *Out Patient*
CONDITION OF SERVICE AND FINANCIAL OBLIGATION

A. **Kondisi Pelayanan Umum / General *Condition Of Service***

1. Selama dalam perawatan di Poliklinik RS STIKES Panti Waluya Malang pasien bersedia dilakukan pemeriksaan dan tindakan medis, keperawatan serta pemeriksaan penunjang lainnya.
   During care in Polyclinic STIKES Panti Waluya Hospital Malang patient agree to examination and medical treatment, nursing care and diagnostic examination.
2. Di unit pelayanan tertentu Poliklinik RS STIKES Panti Waluya Malang, ada keterlibatan peserta didik dalam pemberian pelayanan yang didampingi oleh petugas RS baik dari dokter, perawat, bidan maupun tenaga medis lainnya.
   In special unit of Polyclinic STIKES Panti Waluya Hospital Malang, will joint educate participant during hospitalitation that will be control by hospital employee such as, doctors, nurses, midwifery and other medical staf.
3. Selama perawatan di Poliklinik RS STIKES Panti Waluya Malang pasien yang memerlukan tindakan medis invasif akan diberikan penjelasan oleh tim medis yang merawat sebelum pasien menyatakan persetujuannya untuk dilakukan tindakan tersebut.
   During care in Polyclinic STIKES Panti Waluya Hospital Malang patient need invasif medical treatment will give explanation by medical team before patient declare agree to do it.
4. Selama dalam perawatan di Poliklinik RS STIKES Panti Waluya Malang pasien dianjurkan untuk tidak mengenakan atau menyimpan barang berharga. Kehilangan ataupun kerusakan barang bukan merupakan tanggung jawab manajemen RS STIKES Panti Waluya Malang.
   During care in Polyclinic STIKES Panti Waluya Hospital Malang patient advice not to bring or use valuebles. Hospital is not liability for any damage or lose of valuebles.
5. Pasien dan keluarga bersedia mengikuti peraturan dan ketentuan yang berlaku di RS STIKES Panti Waluya Malang.
   Patient/family agree to follow rule and certainty on STIKES Panti Waluya Hospital Malang.

B. **Kewajiban Keuangan / *Financial Obligation***

1. Selama perawatan di Poliklinik RS STIKES Panti Waluya Malang, pasien umum bersedia menyelesaikan kewajiban keuangan.
   During care in Polyclinic STIKES Panti Waluya Hospital Malang patient/family agree to finish financial obligation.
2. Keluarga/pasien yang menggunakan asuransi kesehatan dan BPJS wajib melengkapi kelengkapan administrasi sebelum proses pendaftaran
   Patient/family whose use health insurance and BPJS must complete administration letter before register process.

NAMA :
NAME : _____
ALAMAT :
ADDRESS : _____
HUBUNGAN DENGAN PASIEN :
RELATIONSHIP WITH PATIENT : _____

Saya selaku **PASIEN/KELUARGA PASIEN** telah memahami dan menyetujui semua kondisi pelayanan umum dan kewajiban keuangan yang dilakukan selama perawatan di RS STIKES Panti Waluya Malang
I am as patient/family of patient understand and agree all ***General Condition Of Service*** *and* ***Financial Obligation*** *will doing along hospitalization in STIKES Panti Waluya Hospital Malang*

Malang,.....

Petugas /*Admission Officer*	Pasien/Keluarga *Patient/Family*
(.....)	(.....)