



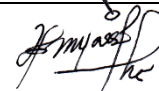




**FORMULIR SPMI
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL
STIKes Panti Waluya Malang**

No. Dok	:	SN.DIKTI/A/FORM- SPWM/06.95.a
Tanggal	:	11-01-2019
Revisi	:	0
Berlaku	:	11-01-2019

FORMULIR REGISTRASI PASIEN RAWAT JALAN

Digunakan untuk melengkapi	:	No. Standar SN.DIKTI/A/SPWM/06.21	Judul standar Standar Pengelolaan Laboratorium dan Instrumentasi Prodi MIK
		No. Prosedur SN.DIKTI/A/SOP- SPWM/06.95	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		11-12-2018
2. Pemeriksaan	Maria Magdalena Setyaningsih, Ns.Sp.Kep.Mat	Ka STIKes		17-12-2018
3. Persetujuan	Ns. Emy Sutiyasih, S.Kep., M.Kes	Ka.Senat		23-12-2018
4. Penetapan	Sr. Lusiana Riyanti, Misc	Ka. Yayasan		11-01-2019
5. Pengendalian	Wisodhanie Widi A., S.KM., M.Kes	Ka. LPMI		11-01-2019



**FORMULIR
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL
STIKes Panti Waluya Malang**

No. Dok	:	SN.DIKTI/A/FORM- SPWM/06.95.a
Tanggal	:	11-01-2019
Revisi	:	0
Berlaku	:	11-01-2019

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

Mobile Phone

3. Kantor : Ext.
Office

Office

Alamat (sesuai ID)* :

Address on ID

Kelurahan : Kecamatan:

Sub District

District

Kab/Kota : Kode Pos:

City

Postal Code

Alamat Domisili :

Current Residencial 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



GENERAL CONSENT

KONDISI PELAYANAN DAN KEWAJIBAN KEUANGAN
CONDITION OF SERVICE AND FINANCIAL OBLIGATION

Rawat Jalan / Out Patient

A. Kondisi Pelayanan Umum / General Condition Of Service

- 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.
- 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 hospitalization that will be control by hospital employee such as, doctors, nurses, midwifery and other medical staf.
- 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.
- 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.
- 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

- 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.
- 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*

Petugas /*Admission Officer*

Malang,.....
Pasien/Keluarga *Patient/Family*

(.....)

(.....)