

FORMULIR PELAPORAN RAWAT INAP

Bersama ini diinformasikan bahwa Tertanggung / Pasien dengan data sebagai berikut :

Nama Pasien : Umur : thn
 Tanggal masuk :
 Nama Perusahaan pada kartu :
 No polis / Register : 40. / reg
 Harga Kamar di kartu : Harga Kamar diambil :
 Nama RS :
 Nama dokter yg merawat :; Nama PIC

1. Keluhan Utama & keluhan penyerta sehingga pasien memerlukan Rawat Inap :

2. Tanda Vital :

- Tekanan darah: - Respiratory rate:
 - Heart rate: - Suhu:

3. Diagnosa : (mohon diisi dengan huruf cetak)

4. Penyebab Utama diagnosa diatas :

5. Riwayat Penyakit Terdahulu :

6. Pemeriksaan Penunjang / LAB yang menunjang diagnosa : (hasil mohon dilampirkan)

7. Rencana Perawatan pada pasien ini : (beri tanda pada kotak) Operasi Konservatif

Bila jawaban diatas adalah Operasi, mohon dijelaskan :

> NAMA TINDAKAN :
 > Operasi dengan menggunakan (beri tanda pada kotak) : bius lokal bius umum
 > PERKIRAAN BIAYA:
 Sewa OK : Rp. Biaya Operator : Rp.
 Obat-obatan OK dll : Rp. Biaya Anestesi (bius umum) : Rp.

8. Berdasarkan diagnosa medis di atas, apakah pasien dapat menjalani Rawat Jalan ? (beri tanda pada kotak)

Dapat rawat jalan Tidak bisa rawat jalan

9. ALASAN MEDIS yang mengharuskan pasien di Rawat Inap dan tidak dapat menjalani Rawat Jalan adalah

10. Nama terapi yang diberikan dimana terapi tersebut tidak dapat diberikan bila pasien rawat jalan :

11. Penyakit ini disebabkan : (beri tanda pada kotak)

Kelainan Bawaan / Kongenital Psikosomatis / Kejiwaan Kehamilan : G.... P.... A.....
 Penyakit kelamin Drug Abuse Komplikasi kehamilan
 HIV/AIDS Percobaan Bunuh Diri Trauma
 Kosmetik Kelainan menstruasi Kecelakaan Lalu Lintas
 Kelainan / gangguan menopause Epilepsi Penyebab lainnya

Penjelasan Penyakit Diatas :

12. Perkiraan lama rawat inap : _____ hari

NB : UNTUK TRAUMA DAN KECELAKAAN LALU LINTAS MOHON DAPAT MENGISI HALAMAN SELANJUTNYA

Keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar sesuai dengan kode etik profesi kedokteran.

Customer Care 24 Jam : (021) 23567888
 Fax Hotline : (021) 398 375 31 / 32 / 33
 Hari / Jam kerja Fax No : (021) 398 375 31 / 32 / 33
 Hari / Jam Kerja Telp No : (021) 50507888

Tgl / bln/ thn : ___/___/___
 Yang membuat pernyataan,

Ttd

(diisi oleh petugas RS)
 SURAT JAMINAN HARAP DIKIRIMKAN KE RS
 FAX RS NO :
 TELP RS :
 NAMA PETUGAS RS :
 BAGIAN :

Nama jelas dan ttd dokter/pihak RS

Note : yang mengisi formulir ini adalah pasien / pihak pasien dan diketahui petugas RS/Klinik

PERNYATAAN KRONOLOGIS

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI

Nama : _____
 Nama Perusahaan : _____
 No. POLIS dan REGISTER : _____
 MENERANGKAN : _____
 Nama Pasien : _____
 Umur Pasien : _____
 Nama Perusahaan : _____
 No. POLIS dan REGISTER : _____
 Hubungan dengan pasien : _____

JENIS TRAUMA (beri tanda pada kotak)

- () Kecelakaan Lalu Lintas
 () BUKAN Kecelakaan Lalu Lintas

Kecelakaan masih dalam jam kerja : () Ya / () Tidak
 Perlindungan JAMSOSTEK dari perusahaan : () Ada / () Tidak
 Waktu terjadinya kecelakaan tgl/bln/thn : ____/____/____ PK : ____:____
 Tempat Kejadian : _____

KRONOLOGIS TRAUMA

UNTUK KECELAKAAN LALU LINTAS HARAP MENGISI KETERANGAN BERIKUT:

JENIS KENDARAAN (Motor / Mobil / Sepeda Kayuh) :

Pasien adalah : (beri tanda pada kotak) :

- () PENGENDARA () PENUMPANG
 () PEJALAN KAKI

Bila Pasien Pengendara, apakah Pasien memiliki SIM ? (beri tanda pada kotak)

- () MEMILIKI SIM () TIDAK MEMILIKI SIM

Jenis SIM yang dimiliki Pasien : (beri tanda pada kotak)

- () SIM A () SIM B () SIM C

NB : KHUSUS UNTUK PENGENDARA HARUS MENGIRIMKAN FOTOCOPY SIM SAAT PELAPORAN

Yang memberikan pernyataan,

Pihak RS,

TTD

TTD

()
 Tanda tangan dan nama jelas

()
 Tanda tangan dan nama jelas