

No. RM :

Tgl. Lahir :

[illegible]



KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN

“AFIFA “

DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO
Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772

VITAL SIGN GRAFIK

Nama :			L/P *)			No. RM :			Tgl. Lahir :								
NIK :			Dokter :						Kelas / Ruang :								
Tanggal																	
NAFAS	NADI	SUHU	6	14	22	6	14	22	6	14	22	6	14	22	6	14	22
60	160	41															
50	140	40															
40	120	39															
30	100	38															
20	80	37															
10	60	36															
Tekanan Darah																	
TB/BB																	
Keluhan Pasien																	
Alat : - Surflo																	
- Infus Set																	
- Spalk																	
- S spuit 3cc/5cc/10cc																	
Obat - obatan		Dosis															

*) Coret yang tidak perlu



KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN

“AFIFA”

DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO
Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772

LRM. 2

STATUS RAWAT INAP

Nama :	L/P *)	No. Rm :
NIK :		Status Perkawinan :
Tgl. Lahir :	Umur :	Agama :
Alamat :		Jenis dan Klas pasien : **)
No. Telp :		<input type="checkbox"/> UMUM
Pekerjaan :		<input type="checkbox"/> BPJS PBI
Pendidikan :		<input type="checkbox"/> BPJS NON PBI
Tgl. Masuk :	Jam :	Dokter Yang Merawat :
Tgl. Keluar :	Jam :	1.
		2.
Keadaan Penderita Keluar : **)		Kalau Meninggal
Dipindahkan ke RS <input type="checkbox"/>		Sebab – sebab kematian :
Sembuh <input type="checkbox"/>		
Berobat jalan <input type="checkbox"/>		
Meninggal <input type="checkbox"/>		
Keluar Paksa <input type="checkbox"/>		
Diagnosa Masuk (ICD 10)		Dokter yang merawat tanda tangan
Anamnesa / Keluhan Utama :		
Pemeriksaan Fisik : BB: Tensi : Nadi : Suhu : RR:		
Pengobatan / TX Awal :		
Laboratorium : (Tempelkan hasilnya disini)		
Mengetahui Petugas Jaga ()		



KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN

“AFIFA”

DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO
Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772

SURAT PERNYATAAN STATUS PASIEN RAWAT INAP

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : , Laki – laki/ Perempuan *)

Tgl. Lahir : , Umur:

Alamat :

Hubungan dengan pasien Istri/ Orang Tua Kandung/ Anak/ Wali *)

Nama Pasien : , Laki – laki/ Perempuan *)

Tgl. Lahir : , Umur:

Alamat :

Dengan ini menyatakan pasien tersebut diatas sanggup dan menyetujui untuk :

1. Menjadi pasien dengan status sebagai : (Lingkari salah satu A/B/C/D dibawah ini)

A. PASIEN UMUM (beri tanda V pada kotak)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Pasien umum, karena tidak mempunyai asuransi apapun. |
| <input type="checkbox"/> | 2. Pasien umum, karena dengan sadar tidak mau menggunakan haknya sebagai peserta BPJS Kesehatan. |

B. PASIEN BPJS KESEHATAN meliputi (beri tanda V pada kotak)

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. ASKES | <input type="checkbox"/> | 3. BPJS PBI | <input type="checkbox"/> | 5. TNI / POLRI *) |
| <input type="checkbox"/> | 2. Eks JAMSOSTEK MANDIRI | <input type="checkbox"/> | 4. BPJS NON PBI | <input type="checkbox"/> | 6. RENCANA BPJS |

C. PASIEN ASURANSI LAIN (sebutkan) :

2. Tidak akan mengganti status penjaminan pasien selama dirawat di Klinik Rawat Inap dan Klinik Bersalin “AFIFA”.
3. Tidak akan menuntut biaya penggantian/ klaim ke BPJS Kesehatan atau ke Klinik Rawat Inap dan Klinik Bersalin “AFIFA” apabila saya tidak memenuhi ketentuan dalam pernyataan yang saya buat.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, dan jika melanggar pernyataan ini, saya siap diproses secara hukum.

Mengetahui,

Sidoarjo,

Petugas Klinik

Yang Membuat Pernyataan

()

()

*) coret yang tidak perlu



SURAT KONTROL RAWAT INAP

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : , Laki – laki/ Perempuan *)

Tgl. Lahir : , Umur :

Alamat :

NIK :

No. RM :

Kamar :

Dirawat Tgl s/d Tgl Dengan

Diagnosa

.....

Terapi diberikan : 1

2

3

Kembali kontrol Hari / Tanggal / Jam :

Demikian terima kasih mohon untuk diperhatikan.

Sidoarjo,

Dokter Yang Merawat

()



KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN

“AFIFA “

DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO
Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772

SURAT KETERANGAN PASIEN PULANG

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : Laki – laki/ Perempuan *)

Tgl. Lahir : Umur :

Alamat :

NIK :

No. RM :

Kamar :

Dirawat Tgl s/d Tgl

Dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

Demikian surat pernyataan ini dipergunakan untuk kepentingan seperlunya.

Sidoarjo,

Dokter Yang Merawat

()

*) Coret yang tidak perlu



KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN

“AFIFA “

DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO
Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772

CATATAN DOKTER DAN PERAWATAN

Nama : L/P *) No. RM :
NIK : Tgl. Lahi :

Tgl / Jam	Visite Dokter	Paraf	Tgl / Jam	SOAP	Paraf

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tgl. Lahir :, Laki – laki/ Perempuan *)

Alamat :

Bukti diri : KTP/ SIM *) Nomor :

No. Telp :

Sebagai diri sendiri/ Istri/ Orang Tua Kandung/ Anak/ Wali *) dari pasien.

Nama :

Tgl. Lahir :, Laki – laki/ Perempuan *)

Alamat :

No. RM :

Bukti diri : KTP/ SIM *) Nomor :

Yang tujuan sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas serta resiko yang ditimbulkannya telah dijelaskan oleh Bidan dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Sidoarjo,

Perawat

Dokter

Yang Membuat Pernyataan

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right) \quad \left(\begin{array}{c} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right) \quad \left(\begin{array}{c} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right)$$

