

Ri Kus 3,2,1



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA
KABUPATEN BATU BARA



TERAKREDITASI PERDANA
KARS

Jln. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

SURAT KETERANGAN OPNAME

No. 440/ /RSUD-BB/ /20

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Jabatan :
Kesatuan : RSUD Batu Bara

Menerangkan Bahwa

Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah dirawat inap di RSUD Batu Bara pada

Hari, Tanggal Masuk :
Jam Masuk RS :
Ruangan Perawatan :

Pasien tersebut masih memerlukan perawatan hingga dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang oleh dokter yang merawat.

Demikian surat keterangan ini diperbuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapan di : Kwala Gunung
Pada Tanggal,

Dokter RSUD Batu Bara
Kab. Batu Bara

(_____)



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA
KABUPATEN BATU BARA



Jln. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

TERAKREDITASI PERDANA
KARS

SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT

No. 440/ /RSUD-BB/ /20

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
Jabatan :
Kesatuan : RSUD Batu Bara

Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :

Telah dirawat inap di RSUD Batu Bara pada

Hari, Tanggal Masuk RS :
Jam Masuk RS :
Ruangan :
Hari, Tanggal Keluar RS :
Jam Keluar RS :

Pasien tersebut memerlukan istirahat selama () hari, terhitung mulai tanggal
sampai dengan tanggal

Demikian surat keterangan ini diperbuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapan di : Kwala Gunung
Pada Tanggal,
Dokter RSUD Batu Bara
Kab. Batu Bara





PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

SURAT KETERANGAN MENINGGAL DUNIA

No.

Nama Pasien* :

Usia : Tahun J. Kelamin : L P

NIK KTP / KK*

No. Kartu Peserta

Alamat Lengkap*

Pekerjaan* :

No. RM : - -

Bahwa pasien tersebut namanya diatas benar telah **Meninggal Dunia** pada hari, tanggal, pukul WIB di Ruang

Kepala Ruang

Kwala Gunung,.....

Dokter Penanggungjawab Pasien

(.....)

NIP.

(.....)

Catt :

*** = Diisi lengkap sesuai Kartu Identitas**



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08c

Nama :	
Tgl. Lahir:	L/P
No. RM :	

PERNYATAAN PENOLAKAN PELAYANAN/ PENGOBATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :
 Umur : Tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan
 Alamat:

dengan ini menyatakan PENOLAKAN PELAYANAN :.....

Terhadap saya/Suami/isteri/anak/..... saya*.....

Nama :
 Tgl lahir/Umur :
 Alamat :

Saya telah memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut.

[Kwala Gunung,, Jam :

Yang menyatakan,

Saksi,

(.....)

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

PERSETUJUAN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI (PAPS)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Hubungan dgn Pasien Kakek/ Nenek Suami/ Istri
 Anak/ Sepupu/ Dll

Nama Pasien :

Tgl. Lahir Pasien :

J. Kelamin Pasien :

Alamat Pasien :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun meminta kepada pihak RSUD Batu Bara untuk PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI yang merupakan hak saya/pasien dengan alasan :

2. Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dari pihak RSUD Batu Bara mengenai penyakit dan kemungkinan/konsekuensi terbaik sampai dengan terburuk atas keputusan yang saya ambil. Serta saya bertanggung jawab apabila terjadi sesuatu hal berkaitan dengan putusan yang telah diambil dan tidak akan menyangkutpautkan/menuntut pihak RSUD Batu Bara.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya perbuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan digunakan sebagaimana mestinya.

Kwala gunung, 20

Dokter yang merawat

Pasien/Keluarga

(_____)

Nama Jelas

(_____)

Nama jelas

NB : Menurut PERMENKES NO. 28 Thn 2014 BAB IV Poin A disebutkan bahwa Untuk Penjaminan Pasien Pulang Rawat Inap Atas Pemintaan Sendiri (Pulang Paksa) maka ;

Apabila Pasien tsb Rawat Inap Kembali dalam waktu 7 hari dengan diagnosis yang sama baik pada RS yg sama maupun RS yang berbeda dan yang masuk melalui IGD maupun POLI Rujukan maka TIDAK DIJAMIN BPJS KESEHATAN.