

DATA PASIEN

NAMA PASIEN _____
NAMA DEPAN _____ NAMA BELAKANG _____

TANGGAL LAHIR _____
TGL _____ BLN _____ THN _____
 KELAMIN LAKI-LAKI PEREMPUAN

NO PESERTA _____

NAMA PESERTA UTAMA _____
JIKA PASIEN BUKAN PESERTA UTAMA NAMA DEPAN _____ NAMA BELAKANG _____

HUBUNGAN PASIEN ISTRI / SUAMI ANAK KE _____ NO URUT TANGGUNGAN _____

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA PASIEN / WALI PASIEN

Dengan ini saya yang bertanda-tangan disamping ini sebagai Pasien atau Wali Pasien yang sah, memberi ijin pada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua tindakan yang diperlukan demi kesehatan saya kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) dan untuk mendapatkan semua rekaman medis / informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain sehubungan dengan verifikasi dan penggantian biaya dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada saya atau Pasien yang saya Wali-kan.

TANDA TANGAN dan NAMA
 JELAS
 PASIEN atau WALI-nya

DIISI PETUGAS RUMAH SAKIT

NAMA RUMAH SAKIT _____

UNIT / BAGIAN _____

TGL MASUK _____ TGL KELUAR _____
TGL _____ BLN _____ THN _____ TGL _____ BLN _____ THN _____

DOKTER YANG MERAWAT _____
NAMA DEPAN _____ NAMA BELAKANG _____

(SUB) SPESIALISASI _____

RINCIAN BIAYA & ADMINISTRASI RAWAT

Area for detailed billing and administrative information.

DIISI DOKTER

ANAMNESA

DIAGNOSIS

RINCIAN TINDAKAN

RENCANA TINDAKAN

TIDAK PERLU KEMBALI KEMBALI UNTUK PERIKSA

_____ TGL _____ BLN _____ THN _____

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya yang bertanda-tangan diformulir ini adalah Dokter yang bertanggung-jawab untuk perawatan Pasien tersebut diatas. Saya menyatakan; menurut setinggi-tingginya pengetahuan saya; bahwa semua pernyataan dan penjelasan saya diatas berikut dokumen medis lain yang menyertai adalah benar adanya.

TANDA TANGAN dan NAMA JELAS
 DOKTER

TANGGAL PENGISIAN FORMULIR

_____ TGL _____ BLN _____ THN _____

PERHATIAN!
 Formulir ini akan dipergunakan Pasien; sebagai Peserta program asuransi kesehatan Jiwasraya; untuk mendapatkan penggantian biaya rawat sesuai haknya.

LEMBAR INI DAPAT DICOPY