



FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU

No. Rekam Medis :

Identitas sesuai dengan Tanda Pengenal (KTP, SIM dll)

Data Pasien

Nama Lengkap :

Tempat & Tgl lahir :

Umur :Tahun / Bulan / Hari Sex : L P

Alamat : No :

RT : RW : Kel :

Kec : Kab :

Telepon Rumah : Hp :

Agama : Islam Katholik Kristen Hindu Budha
 Lain-lain :

Suku : Jawa Madura

Bahasa yang digunakan sehari-hari :

Status : Kawin Duda/Janda Blm Kawin Dibawah Umur

Pendidikan : Belum/Tidak sekolah SD SLTP SLTA
 Diploma Sarjana

Pekerjaan :

Nama Ibu Kandung :

Penanggung Jawab

Nama :

Alamat :

Telpon : / Hp

Pembayaran

Pembayaran : Sendiri Instansi

Instansi kerja :

Nama Asuransi :

No Asuransi :

Ringkasan Masuk

Tanggal Datang :

Nama Perujuk :

Alamat Perujuk :

Unit yang dituju : IGD Ka. Bersalin

Perinatologi Laboratorium Radiologi

Ruang Intensif Poli

Yang Menyatakan

Petugas Pendaftaran

Dengan ini saya menyatakan setuju untuk dilakukan pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan dalam upaya kesembuhan / keselamatan jiwa saya / pasien tersebut diatas.

(.....)
Tanda Tangan & Nama jelas

(.....)
Tanda Tangan & Nama jelas