

## PERSYARATAN PENDAFTARAN PASIEN BARU PUSKESMAS CIPTOMULYO :

1. Membawa Fotocopy kartu identitas seperti KTP, Kartu KIA, SIM atau Kartu Keluarga (KK) sebanyak 1 lembar,
2. Jika memiliki kartu BPJS, Askes atau KIS wajib menyertakan fotocopy sebanyak 1 lembar,
3. Mengisi Lembar identifikasi yang diberikan petugas saat melakukan pendaftaran sebagai pasien baru.

Macam-macam Kartu Berobat yang dapat digunakan





## TATACARA PENGISIAN LEMBAR IDENTIFIKASI

### LEMBAR IDENTIFIKASI

NAMA LENGKAP : **diisi nama lengkap pasien sesuai dengan identitas yang tertera di KTP/SIM/KK/KIA**  
NOMOR NIK : **diisi no NIK yg tercatat di KK/KTP/KIS** ..... JENIS KELAMIN : L / **P (lingkari)**  
ALAMAT LENGKAP : **diisi alamat lengkap pasien seperti nama jalan, no. rumah, RT, RW** RT ..... RW .....  
: Kel : **kelurahan alamat rumah** ..Kec : **kecamatan alamat** ..... Kab / Kota : .....  
TEMPAT LAHIR : **tempat lahir pasien** ..... TGL LAHIR : **tanggal lahir pasien** ..... Gol. Darah : **golongan darah pasien**  
STATUS : MENIKAH / BELUM MENIKAH / PERNAH MENIKAH ( *lingkari* )  
PEKERJAAN : **diisi pekerjaan pasien saat ini**  
AGAMA : **diisi agama pasien yang berobat**  
NOMOR HP / PONSEL : **nomor telepon pasien/keluarga yang dapat dihubungi**  
PENDIDIKAN TERAKHIR : **pendidikan terakhir pasien**  
NAMA AYAH KANDUNG : **nama ayah kandung pasien** ..... NAMA IBU KANDUNG : **nama ibu kandung pasien**

TTD PASIEN

**nama terang pasien**

( nama terang )

**tanda tangan pasien**

**coret kota/kab. lalu isi sesuai kartu identitas**

TTD PETUGAS

( nama terang )

### CONTOH PENGISIAN LEMBAR IDENTIFIKASI YANG LENGKAP

LEMBAR IDENTIFIKASI		NO. RM :
NAMA LENGKAP	: DHEA ARDENIA AGUSTIN YULIYATNO	
NOMOR NIK	: 3573046104580014	JENIS KELAMIN : L / <b>P (lingkari)</b>
ALAMAT LENGKAP	: JL. KOL SUGIONO 21B/32	RT 15. RW 15
	: Kel : CIPTOMULYO ..Kec : SUKUN ..Kab/ Kota : MALANG	
TEMPAT LAHIR	: MALANG	TGL LAHIR : 02-08-2001 ..Gol. Darah : <b>O</b>
STATUS	: MENIKAH / <b>BELUM MENIKAH</b> / PERNAH MENIKAH ( <i>lingkari</i> )	
PEKERJAAN	: SWASTA	
AGAMA	: ISLAM	
NOMOR HP / PONSEL	: 085777553452	
PENDIDIKAN TERAKHIR	: SMA	
NAMA AYAH KANDUNG	: MADURI	NAMA IBU KANDUNG : EMY
TGL		
TTD PASIEN		TTD PETUGAS
<b>DHEA ARDENIA</b>		
( nama terang )		( nama terang )

Isi sesuai dengan yang tertera di kartu identitas lalu tanda tangan di bagian bawah yang dilingkari



PEMERINTAH KOTA MALANG  
DINAS KESEHATAN  
**PUSKESMAS CIPTOMULYO**  
Kantor : Jl. Kol. Sugiono VIII / 54 Telp. (0341) 329918 Malang



ISI SESUAI NAMA PASIEN

CATATAN EDUKASI TERINTEGRASI

ISI SESUAI TANGGAL LAHIR

NAMA : .....

TGL. LAHIR : .....

Tanggal	Topik Edukasi	Uraian Informasi	Nama & Paraf Pemberi Informasi	Nama & Paraf Penerima Informasi	Verifikasi pemahaman pasien
	Hak Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan di Puskesmas Ciptomulyo.</li> <li>Memperoleh pelayanan yang manusiawi, adil, dan jujur</li> <li>Memperoleh pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan kesehatan</li> <li>Mengetahui atas privasi dan kerahasiaan atas masalahnya</li> <li>Mendapat informasi tentang penyakitnya, tindakan yang akan dilakukan, kemungkinan adanya risiko yang terjadi dan penanganannya</li> <li>Didampingi oleh keluarga waktu dilakukan perawatan.</li> <li>Menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.</li> <li>Memilih tenaga kesehatan jika memungkinkan</li> <li>Mengajukan usul saran perbaikan atas pelayanan kesehatan terhadap dirinya</li> </ol>			
	Kewajiban Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mentaati segala peraturan dan tata tertib di Puskesmas Ciptomulyo</li> <li>Mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya</li> <li>Memberikan informasi dengan jujur dan se lengkapnya</li> <li>Pasien, keluarga atau penanggungnya berke wajiban untuk melunasi semua imbalan atas jaa pelayanan di Puskesmas Ciptomulyo</li> <li>Pasien, keluarga atau penanggungnya berke wajiban memenuhi hal-hal yang telah disepa kati atau perjanjian yang telah dibuatnya.</li> </ol>			
	Pelayanan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jam buka pelayanan</li> <li>Jenis jenis pelayanan</li> <li>Alur pelayanan pasien</li> </ol>			

TANDA TANGAN

TANDA TANGAN

TANDA TANGAN

## CONTOH PENGISIAN CATATAN EDUKASI TERINTEGRASI YANG LENGKAP



**PEMERINTAH KOTA MALANG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS CIPTOMULYO**  
 Kantor : Jl. Kol. Sugiono VIII / 54 Telp. (0341) 329918 Malang



### CATATAN EDUKASI TERINTEGRASI

No Rekam Medis

NAMA : DHEA ARDENIA AGUSTIN YULIYATNO TGL. LAHIR : 02-08-2001

Tanggal	Topik Edukasi	Uraian Informasi	Nama & Paraf Pemberi Informasi	Nama & Paraf Penerima Informasi	Verifikasi pemahaman pasien
	Hak Pasien	1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan di Puskesmas Ciptomulyo. 2. Memperoleh pelayanan yang manusiawi, adil, dan jujur 3. Memperoleh pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar pelayanan kesehatan 4. Mengetahui atas privasi dan kerahasiaan atas masalahnya 5. Mendapat informasi tentang penyakitnya, tindakan yang akan dilakukan, kemungkinan adanya risiko yang terjadi dan penanganannya 6. Didampingi oleh keluarga waktu dilakukan perawatan. 7. Menolak atau tidak melanjutkan pengobatan. 8. Memilih tenaga kesehatan jika memungkinkan 9. Mengajukan usul saran perbaikan atas pelayanan kesehatan terhadap dirinya		 DHEA.....	
	Kewajiban Pasien	1. Mentaati segala peraturan dan tata tertib di Puskesmas Ciptomulyo 2. Mematuhi segala instruksi dokter dan perawat dalam pengobatannya 3. Memberikan informasi dengan jujur dan se lengkapnya 4. Pasien, keluarga atau penanggungnya berkeajiban untuk melunasi semua imbalan atas jasa pelayanan di Puskesmas Ciptomulyo 5. Pasien, keluarga atau penanggungnya berkeajiban memenuhi hal-hal yang telah disepakati atau perjanjian yang telah dibuatnya.		 DHEA.....	
	Pelayanan Pasien	1. Jam buka pelayanan 2. Jenis jenis pelayanan 3. Alur pelayanan pasien		 DHEA.....	