



RumahSakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA

No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :
OT.02.02/XXXIX/11318 /2021	03	1/4

SPO

Tanggal Terbit :

15 Oktober 2021

Ditetapkan :
Direktur Utama

dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K) KIC,MARS
NIP.196209131988031002

PENGERTIAN	Pemberian informasi rekam medik pada pasien, keluarga pasien, pihak ketiga atau penanggung pembayaran (asuransi) dan instansi lain dengan ijin dari pasien/keluarga dan persetujuan Direksi RSPON Prof.Dr.dr.Mahar Mardjono Jakarta
TUJUAN	Memberi informasi rekam medik pada pihak ketiga secara aman dan bertanggung jawab
KEBIJAKAN	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
PROSEDUR	1. Pasien atau pemohon data mengajukan permintaan data pasien secara tertulis kepada Direktur yang diterima oleh petugas rumah sakit 2. Petugas meminta pemohon data mengisi surat permintaan data serta menginformasikan persyaratan 3. Persyaratan yang diinformasikan meliputi: a. Melampirkan identitas pasien dan pemohon data (KTP atau identitas lain) b. Melampirkan surat kuasa pasien asli bermaterai kepada penerima kuasa, kecuali permintaan langsung dari pasien c. Melampirkan Kartu Keluarga untuk pasien anak dan keluarga inti d. Tarif sesuai ketentuan e. Masa penyelesaian permintaan data maksimal 2 minggu f. Untuk pasien yang selama perawatan/pengobatan menggunakan BPJS full cover (tidak ada biaya yang dikeluarkan) permintaan data untuk pengisian asuransi tidak dapat dikeluarkan kecuali untuk pasien meninggal atau penyakit kronis/kritis atau kecacatan permanen g. Jumlah permintaan data diajukan sejak awal (tidak dicicil) h. Pengajuan dapat dilakukan saat pasien daftar dan maksimal 1 minggu setelah perawatan i. Pengajuan dan pengambilan dilakukan pada hari dan jam kerja 4. Persyaratan untuk permintaan data pasien yang sudah meninggal meliputi: a. Surat kuasa berasal dari ahli waris pasien b. KTP/identitas pasien dan ahli waris sesuai dengan kartu keluarga serta KTP penerima kuasa c. Kartu keluarga 5. Petugas rekam medik melakukan telaah terhadap permintaan data yang masuk beserta persyaratannya



RumahSakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA

No. Dokumen :	No. Revisi :	Halaman :
OT.02.02/XXXIX/11.518 /2021	03	2/4

6. Petugas rekam medik melakukan koordinasi dengan dokter yang merawat pasien dan menyiapkan berkas rekam medik sesuai dengan permohonan
7. Petugas rekam medik melakukan koordinasi dengan Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang atau Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan jika diperlukan terkait permintaan data
8. Setelah surat selesai diproses, petugas rekam medik memberikan stempel rumah sakit dan mengcopy surat tersebut serta menghubungi pasien/pemohon data untuk pengambilan hasil di RSPON Prof.Dr.dr.Mahar Mardjono Jakarta
9. Berkas rekam medik disimpan kembali pada raknya
10. Pada saat pengambilan data, petugas mengecek identitas peminta dengan pihak pengambil data dan surat kuasa pasien beserta identitas pasien
11. Apabila pengambil data berbeda dengan saat pengajuan, maka harus melampirkan surat kuasa/pelimpahan dari peminta data awal kepada pengambil data
12. Petugas rekam medik input permintaan data di EHR, memberikan pengantar permintaan data untuk diserahkan ke kasir
13. Peminta data ke kasir untuk melakukan pembayaran dan mendapatkan kuitansi 2 (dua) rangkap
14. Pemohon data menyerahkan 1 (satu) rangkap kuitansi ke petugas rekam medik
15. Petugas rekam medik melakukan serah terima data secara tertulis
16. Untuk permintaan data terkait dengan hukum (kepolisian/pengadilan), permintaan data dilakukan secara resmi kepada Direktur Utama RSPON Prof.Dr.dr.Mahar Mardjono Jakarta dengan melampirkan surat penugasan asli dari instansi yang bersangkutan
17. Petugas rekam medik membuat rekapitulasi permintaan data setiap bulan

UNIT TERKAIT

1. Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan
2. Koordinator Pelayanan Penunjang
3. Semua Instalasi di lingkungan Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
4. Komite Medik
5. Instalasi SIRS
6. Unit Admisi
7. Penata Rekening



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA

No. Dokumen :

OT.02.02/XXXIX/ *11318* /2021

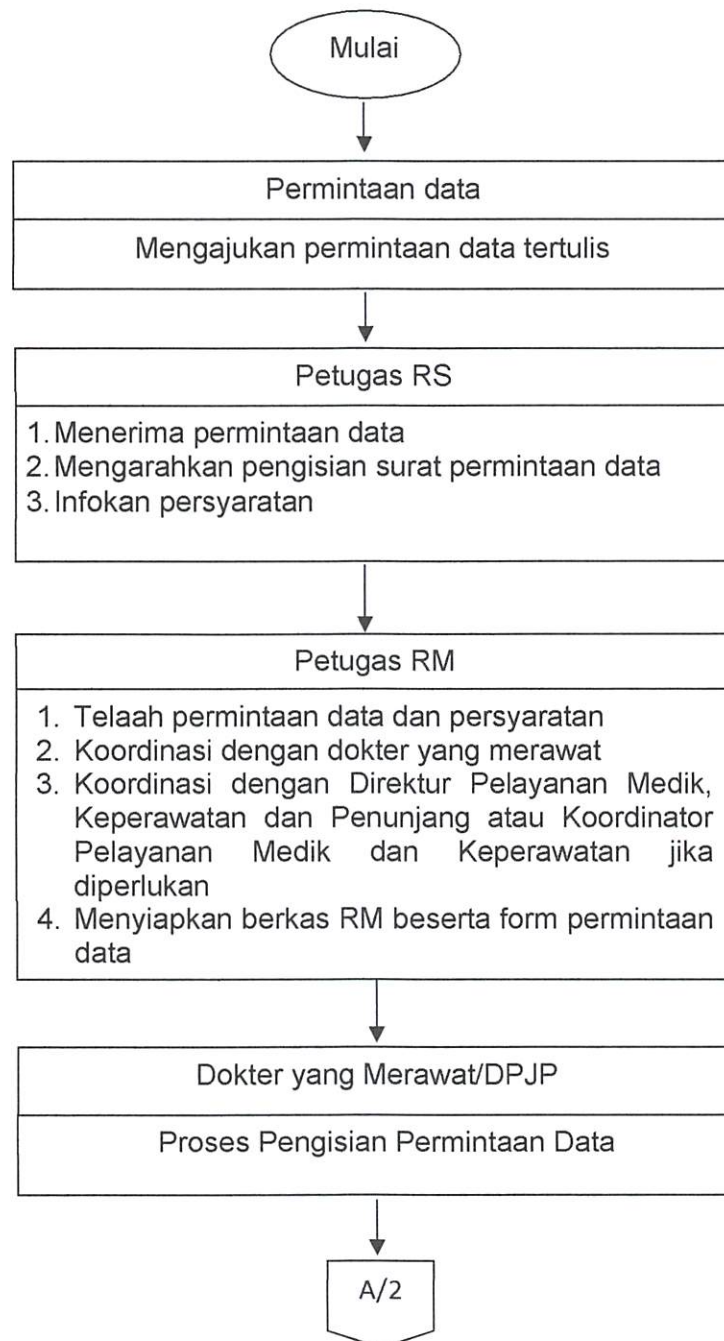
No. Revisi :

03

Halaman :

3/4

LAMPIRAN Alur Permintaan data kepada pihak ketiga :





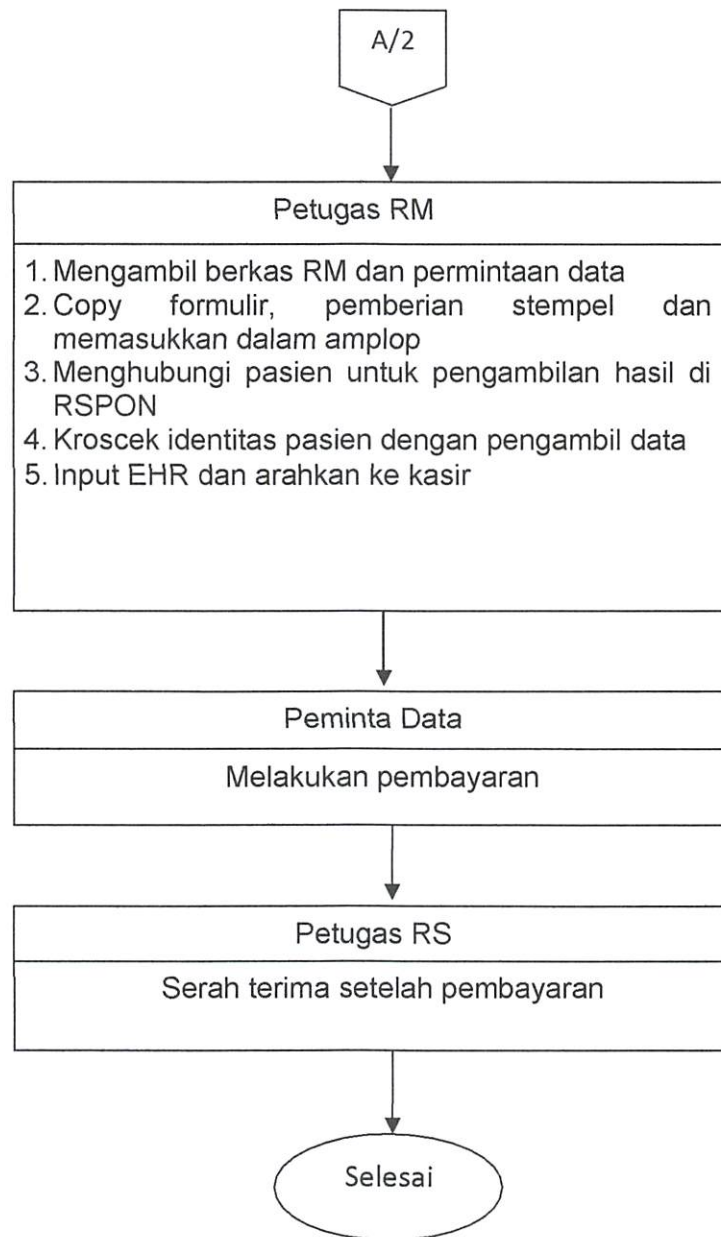
Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar
Mardjono Jakarta

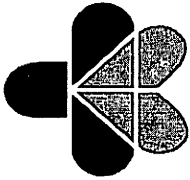
PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA

No. Dokumen :
OT.02.02/XXXIX/ 11318 /2021

No. Revisi :
-

Halaman :
4/4





Nomor : -
Hal : Undangan Rapat Koordinasi

Jakarta, 4 Oktober 2021

Kepada Yth :

1. Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan
 2. Koordinator Pelayanan Penunjang
 3. Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Non Medik
 4. Ka Unit Admisi
 5. Staf RM
- di Tempat

Sehubungan dengan semakin meningkatnya permintaan data medis (korespondensi RM) dari pasien/keluarga/penjaminan di RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta diperlukan pembaharuan dalam SPO Permintaan Data Pasien untuk memperlancar kegiatan tersebut, Atas dasar hal tersebut kami mengundang bapak/ibu untuk hadir rapat koordinasi yang akan dilaksanakan pada:

Hari/ Tanggal : Selasa, 5 Oktober 2021
Waktu : Pukul 14.00-Selesai
Tempat : Ruang Rapat lantai 12
Agenda : Revisi SPO Permintaan Data

Demikian kami informasikan, mohon untuk dapat hadir tepat waktu. Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Ka.Instalasi Rekam Medik

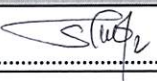
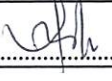
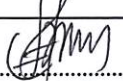
Sri Jumiati Agustina, SKM
NIP 197608201999032003

DAFTAR HADIR RAPAT/ PERTEMUAN RS PUSAT OTAK NASIONAL

RAPAT/ PERTEMUAN : Koordinasi

HARI/ TANGGAL : Selasa, 5 Oktober 2021

AGENDA : Revisi SPO Permintaan Data RM

NO	NAMA	UNIT	TANDA TANGAN	
1	Sri Jumiati	RM	1..... 	
2	Adhy A.	Pemipay.		2..... 
3	Imas Nurhamidah	RM	3..... 	
4	Satya Nurul Pratiwi	RM		4..... 
5	Lina Ricawati	RM	5..... 	
6	Rodli	Penunjang		6..... 
7	Arhelita	Admisi	7..... 	
8	Mira Momi			8..... 
9	dr. Sardiana Salam, Sp.S. M.kes	Bidang Medik.	9..... 	
10				10.....
11			11.....	
12				12.....

Jakarta, 5 Oktober 2021

Pimpinan Rapat



Sri Jumiati Agustina, SKM

NIP 197608201999032003



No	Agenda	Pembahasan	Tindak Lanjut	Penanggung Jawab
1	Revisi SPO Permintaan Data	Peningkatan permintaan data pasien baik dari pasien/keluarga dan pihak ketiga Pasien memiliki asuransi lebih dari 1 sehingga beberapa kali terjadi pengulangan permintaan data yang sama Beberapa kali pihak peminta data komplain karena pasien yang menggunakan BPJS full cover saat pengobatan di RSPON tidak dapat diproses permintaan isian asuransinya Beberapa kali penyelesaian isian permintaan data melebihi target waktu (maksimal 2 minggu) Banyaknya jenis permintaan data asuransi diluar klaim pembayaran pengobatan	1. Dilakukan revisi terhadap SPO untuk memudahkan penyelesaian permintaan data 2. Untuk pasien yang menggunakan BPJS full cover bisa diproses permintaan pengisian asuransinya untuk klaim penyakit kritis/kronis, pasien meninggal dan kecacatan permanen diluar kriteria ini tetap tidak bisa diproses kecuali ada biaya yang dikeluarkan pihak pasien 3. Petugas RM harus sering follow up proses pengisian oleh dokter agar tidak melebihi target penyelesaiannya 4. Permintaan data sebisa mungkin diajukan diawal (tidak dicicil pengajuannya) untuk memudahkan penyelesaian pengisian oleh dokter 5. SPO yang baru harus disosialisasi ulang jika sudah disah kan	IRM

Pemimpin Rapat dan Notulis,



Sri Jumiati Agustina, SKM
NIP 197608201999032003

Formulir Ini diisi oleh Pemegang Polis

Nomor Polis : _____

Dokumen terlampir (wajib)

1. ☐ Polis Asli
2. ☐ Fotokopi kartu identitas Tertanggung
3. ☐ Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis
4. ☐ Formulir Klaim Penyakit Kritis yang diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis
5. ☐ Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyakit yang diderita
6. ☐ Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
7. ☐ Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
8. ☐ Copy hasil pemeriksaan medis yang menunjang untuk pengajuan klaim penyakit kritis
9. ☐ Lainnya, jelaskan _____

- Apabila Pemegang Polis adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir terpisah
- Apabila Pemegang Polis adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-PERUSAHAAN" pada formulir terpisah

Nama	:
Tempat/tanggal lahir	: _____ Negara tempat lahir : _____
Jenis identitas	: ☐ KTP ☐ SIM ☐ Passport ☐ KIMS ☐ KITAS
No identitas	: _____
Tanggal berakhirnya identitas	: ____ / ____ / ____ <i>tgl bln tahun</i>
Kewarganegaraan	: _____
Pekerjaan	: _____
Alamat	: _____ _____
Nomor Telepon	: Telepon (R) : _____ Handphone : _____
Alamat email	: _____
	Kode Pos : _____ Negara : _____ Telepon (K) : _____

Untuk Manfaat Payor Benefit / Waiver Of Premium :

Apa nama penyakit yang diderita ? _____

Tanggal pertama kali Tertanggung berobat ke dokter ? _____
tgl / bln / tahun

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis _____
tgl / bln / tahun

Contoh permintaan
Isian Asuransi:



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Care: 1600085/ customer.idn@prudential.co.id
www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

Nama Lengkap Pasien/Patient's Full Name	H. NAFI KOSIM, SE.		Rekam Medik/Med. Rec. No :																		
No. KTP/Passport No	3174011712600006		Jenis Kelamin /Sex																		
Tanggal Lahir/Date of Birth	17-12-1960 (dd/mm/yy)	☒ Laki-laki/Male	☐ Perempuan/Female																		
Tanggal Perawatan/Date of Hospitalization	 (dd/mm/yy) s.d./to (dd/mm/yy)																				
Jenis Kamar Perawatan/Type of Hospital Room																					
Jenis Layanan/Type of Service	☐ Rawat Inap Hospitalization ☐ Sebelum-Sesudah Rawat Inap Pre-Post Hospitalization ☒ Rawat Jalan Outpatient																				
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien Date when symptoms or complaint first occurred	 (dd/mm/yy)																				
Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita saat Ini/Date of the first consultation for this condition	 (dd/mm/yy)																				
Mohon jelaskan gejala penyakit Please describe the symptoms of the disease																					
Diagnosa Utama/Primary Diagnosis																					
Diagnosa Tambahan/Secondary Diagnosis																					
Faktor Penyebab Diagnosa/Cause of the disease																					
Tanggal Diagnosa ditegakkan/Date of when the Diagnosis was established	 (dd/mm/yy)																				
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan/ Treatment rendered or type of surgery performed	 Jenis Operasi/Type of operation ☐ (Elective) ☐ (Cito/Emergency)																				
Nama dokter bedah/Surgeon's name																					
Hasil pemeriksaan laboratorium/Radiologi Results of laboratory tests/Radiology																					
Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan Diagnosis was due to/a complication from/related to	<table><tr><td>☐ Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder</td><td>☐ HIV - AIDS/HIV -AIDS</td></tr><tr><td>☐ Kecelakaan/Accident</td><td>☐ Usia Lanjut/Geriatric</td></tr><tr><td>☐ Kehamilan/Pregnancy</td><td>☐ Kosmetik/Cosmetic</td></tr><tr><td>☐ Penyalahgunaan Obat/Drug Abuse</td><td></td></tr><tr><td>☐ Penyakit akibat Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases</td><td></td></tr><tr><td>☐ Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/Treatment for Fertility or Infertility</td><td></td></tr><tr><td>☐ Tumor/Benjolan/Kista/Tumour/Growth/ Cyst</td><td></td></tr><tr><td>☐ Kelainan Bawaan atau Turunan/Congenital or Hereditary Disease</td><td></td></tr><tr><td>☐ Lain-Lain (Jelaskan)/Others (Please Describe) :</td><td></td></tr></table>			☐ Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder	☐ HIV - AIDS/HIV -AIDS	☐ Kecelakaan/Accident	☐ Usia Lanjut/Geriatric	☐ Kehamilan/Pregnancy	☐ Kosmetik/Cosmetic	☐ Penyalahgunaan Obat/Drug Abuse		☐ Penyakit akibat Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases		☐ Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/Treatment for Fertility or Infertility		☐ Tumor/Benjolan/Kista/Tumour/Growth/ Cyst		☐ Kelainan Bawaan atau Turunan/Congenital or Hereditary Disease		☐ Lain-Lain (Jelaskan)/Others (Please Describe) :	
☐ Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder	☐ HIV - AIDS/HIV -AIDS																				
☐ Kecelakaan/Accident	☐ Usia Lanjut/Geriatric																				
☐ Kehamilan/Pregnancy	☐ Kosmetik/Cosmetic																				
☐ Penyalahgunaan Obat/Drug Abuse																					
☐ Penyakit akibat Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases																					
☐ Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/Treatment for Fertility or Infertility																					
☐ Tumor/Benjolan/Kista/Tumour/Growth/ Cyst																					
☐ Kelainan Bawaan atau Turunan/Congenital or Hereditary Disease																					
☐ Lain-Lain (Jelaskan)/Others (Please Describe) :																					
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon dicantumkan /If the treatment is due to accident, please state:																					
a. Tanggal Kecelakaan/Date of accident	 (dd/mm/yy)																				
b. Penyebab Kecelakaan/Cause of accident																					

Mohon dilanjutkan ke halaman berikutnya/Please proceed to the next page

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
STROKE - PEMBEDAHAN ANEURISMA OTAK - OPERASI OTAK - HIDROSEFALUS -
PEMASANGAN CEREBRAL SHUNT
STROKE - BRAIN ANEURYSM SURGERY - BRAIN SURGERY - HYDROCEPHALUS -
CEREBRAL SHUNT INSERTION

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang : 000016482071 - 819915
Policy Number - Branch Code

Nama pasien : MUHAMMAD SUPARTO
Patient's Name

Tanggal Lahir : 16 - 12 - 1974
Birth date dd-mm-yy

No. KTP/SIM : KTP 3528041612740002
ID Card No.

Pekerjaan : PEGAWA NEGERI SIPIL
Occupation

Alamat : JL. JEMBATAN BARU 66.7 NO. 6 RT. 002 / RW. 006 DESA GLADAK ANYAR
Address REC. PAMEKASAN

Kota : PAMEKASAN - MADURA
City

Kode Pos :
Postal Code

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan di atas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name is insured with PT Asuransi Allianz Life Indonesia who submitting claims related to the above disease. To enable us to assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.

Questions to be answered by the Medical Practitioner. Please write on back page or attach a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer.

A. UMUM / GENERAL

1. Apakah anda merupakan dokter keluarga pasien tersebut? ☐ Ya ☐ Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No

Jika "ya", sejak kapan anda menjadi dokter yang biasa dikunjungi pasien? - -
If "yes", since when have you been regularly visited by the patient? dd-mm-yy

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
When you first provide consultation for this condition and, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?

ISI LENGKAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA ☒ DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH HARAP DICORET & DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP EX) |
DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR & LENGKAP | JANGAN MENANDATANGANI FORMULIR DENGAN KEADAAN KOSONG

FILL/COMPLETE/CROSSED OUT IF NECESSARY | GIVE THE SIGN ☒ INSIDE THE BOX QUESTION | PLEASE CROSSED OUT & SIGNED IF FILLING INCORRECT (DO NOT USE TYPE EX) | DATA MUST BE FILLED IN
CORRECTLY AND COMPLETELY

SURAT KETERANGAN DOKTER - KLAIM MANFAAT ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT - LIVING CLAIM

Nama Pasien :

Name of the Patient :

Tanggal lahir : / / (tgl/bln/thn)
Date of Birth : / / (dd/mm/yy)

Jenis Kelamin :
Sex :

Tanggal Perawatan : / / s/d / / - Hari
Date of Hospitalization : / / (tgl/bln/thn) (dd/mm/yy) to / / (dd/mm/yy) Days

Tujuan Perawatan : ☐ Observasi / Observation ☐ Diagnostik / Diagnostic
Purpose of Treatment : ☐ Terapi / Therapeutic

Keluhan Utama :
Chief Complaint :

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali : / / (tgl/bln/thn)
The date of symptoms occurred the first time on : / / (dd/mm/yy)

Keluhan Tambahan :
Other Complaint :

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali : / / (tgl/bln/thn)
The date of symptoms occurred the first time on : / / (dd/mm/yy)

Hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen, CT-Scan, hasil PA, dll yang dilakukan
Physical examination result, laboratory, xray, CT-Scan, clinical pathology result, etc:

Diagnosa:
Diagnose:

Tanggal Pertama kali terdiagnosa
The date of first time underlying diagnose

Diagnosa Utama:
Primary Diagnose:

/ / (tgl/bln/thn)
(dd/mm/yy)

Penyebab Diagnosa Utama:
Underlying disease of Primary Diagnose:

/ / (tgl/bln/thn)
(dd/mm/yy)

PT. Asuransi Allianz Life Indonesia.

SURAT KETERANGAN DOKTER - MEDICAL CERTIFICATE
PENYAKIT JANTUNG (termasuk Serangan Jantung, Coronary Artery Bypass Grafting,
Penyakit Jantung Koroner, Operasi Katup Jantung, Operasi Pembuluh Aorta,
Pulmonari Arterial Hipertensi Primer, Sindrom Elsenmenger, Kardiomiopati,
Endokarditis Infektif, Perikarditis, Angioplasti)
HEART DISEASES (Include Heart Attack, Coronary Artery Bypass Grafting , Coronary Artery
Disease, Heart Valve Surgery, Aorta Surgery, Primary Pulmonary Arterial Hypertension,
Eisenmenger Syndrome, Cardlomyopathy, Infective Endocarditis, Pericarditis, Angioplasty)

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang :
Policy Number - Branch Code

_____ - _____

Nama Pasien :
Patient's Name

Tanggal Lahir :
Birth date

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yy

No. KTP/SIM :
ID Card No.

Pekerjaan :
Occupation

Alamat :
Address

Kota :
City

Kode Pos :
Postal Code

____ - ____ - ____

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name is insured with PT Asuransi Allianz Life Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas yang terpisah.

Questions to be answered by the Medical Practitioner. Please write on back page or attach a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer.

A. UMUM / GENERAL

1. Apakah anda dokter keluarga pasien tersebut ?
Are you the family doctor of the patient ?

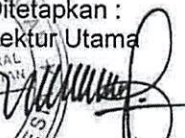
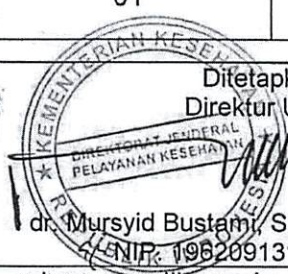
☐ Ya
Yes

☐ Tidak
No

Jika "ya", sejak kapan dan sudah berapa lama anda mengenal pasien ?
If "yes", since when and how long do you know the patient ?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yy

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul ?
(seperti detak jantung tidak normal, nyeri dada, edema, sesak nafas dan lain-lain).
When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present ?
(e.g. abnormal heart beat, chest pain, oedema, breathing difficulty etc.)

 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional	PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA		
	No. Dokumen : OT.02.02/XXXIX.1/309/2018	No. Revisi : 01	Halaman : 1/4
SPO	Tanggal Terbit : 22 JANUARI 2018	Ditetapkan : Direktur Utama  dr. Mursyid Bustami, Sp.S (K), KIC, MARS NIP. 196209131988031002 	
PENGERTIAN	Pemberian informasi rekam medik pada pihak ketiga atau penanggung pembayaran (asuransi) dan instansi lain dengan ijin dari pasien/keluarga dan persetujuan Direksi Rumah Sakit Otak Nasional		
TUJUAN	Memberi informasi rekam medik pada pihak ketiga secara aman dan bertanggung jawab		
KEBIJAKAN	SK Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional No.HK.02.03/XXXIX.1/2727/2018 tentang Rekam Medis		
PROSEDUR	- Informasi medik pasien dapat diberikan kepada pihak terkait antara lain : - Asuransi/penyantun/lembaga penanggung biaya - Pasien/ keluarga pasien - Rumah Sakit yang menjadi tempat tujuan - Dokter lain yang merawat pasien - Kepolisian - Untuk keperluan pengadilan - Permintaan data diterima oleh bagian informasi Rumah Sakit Pusat Otak Nasional atau melalui email - Petugas informasi menginfokan persyaratan yang harus dipenuhi dan pembayaran - Permintaan asuransi tidak dapat dilayani jika pasien berobat/dirawat menggunakan BPJS sesuai hak kelas dan tidak ada biaya yang dibayarkan. - Persyaratan yang harus dilakukan, peminta data : - Mengisi surat permohonan data dan buku permintaan data - Melampirkan surat kuasa pasien asli bermaterai kepada penerima kuasa, kecuali permintaan langsung dari pasien - KTP pasien dan penerima kuasa - Kartu Keluarga untuk pasien anak - Untuk permintaan data pasien yang sudah meninggal, peminta data: - Mengisi surat permohonan data dan buku permintaan data - Surat kuasa berasal dari ahli waris pasien - KTP pasien dan ahli waris sesuai dengan kartu keluarga serta KTP penerima kuasa - Kartu keluarga - Permintaan data dilayani setiap hari kerja jam 8.00 sd. 16.00 - Waktu penyelesaian permintaan data maksimal 14 hari kerja - Pengambilan data medik dilakukan secara langsung (tidak		

SPO lama.



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional

**PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK
KEPADA PIHAK KETIGA**

No. Dokumen :

No. Revisi :
01

Halaman :
2/4

	melalui email atau ekspedisi) 10. Petugas rekam medik meneruskan surat permintaan data kepada Direktur Pelayanan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional 11. Direktur Pelayanan mendisposisikan surat tersebut melalui Bidang Medik untuk dikoordinasikan dengan dokter yang bersangkutan 12. Petugas rekam medik menyiapkan berkas rekam medik sesuai dengan permohonan dan diserahkan kepada Bidang Medik 13. Bidang Medik menghubungi dokter yang merawat pasien, untuk menjawab permintaan data. 14. Jika dokter yang dimaksud berhalangan mengisi, maka bidang medik mencari pengganti untuk mengisi permintaan data. 15. Setelah surat selesai diproses, petugas rekam medik memberikan stempel rumah sakit dan mengcopy surat tersebut 16. Berkas rekam medik disimpan kembali pada raknya 17. Surat tersebut diserahkan kepada petugas informasi. 18. Petugas informasi koordinasi dengan petugas rekam medik saat pengambilan data oleh pihak peminta 19. Petugas mengecek identitas peminta dengan pihak pengambil data dan surat kuasa pasien beserta identitas pasien 20. Apabila pengambil data berbeda dengan saat pengajuan, maka harus melampirkan surat kuasa dari pasien kepada pengambil data 21. Petugas rekam medik input permintaan data di EHR, memberikan pengantar permintaan data untuk diserahkan ke kasir 22. Peminta data ke kasir untuk melakukan pembayaran dan mendapatkan kuitansi 2 rangkap. 23. Peminta data menyerahkan 1 rangkap kuitansi ke petugas informasi 24. Petugas informasi melakukan serah terima data secara tertulis 25. Petugas rekam medik membuat rekapitulasi permintaan data setiap bulan 26. Untuk permintaan data terkait dengan hukum (kepolisian/pengadilan), permintaan data dilakukan secara resmi kepada Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional dengan melampirkan surat penugasan dari instansi yang bersangkutan
UNIT TERKAIT	1. Bidang Medik 2. Bidang Keperawatan 3. Semua Instalasi pada Direktorat Pelayanan 4. Komite Medik 5. Instalasi SIRS 6. Kasir



Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional

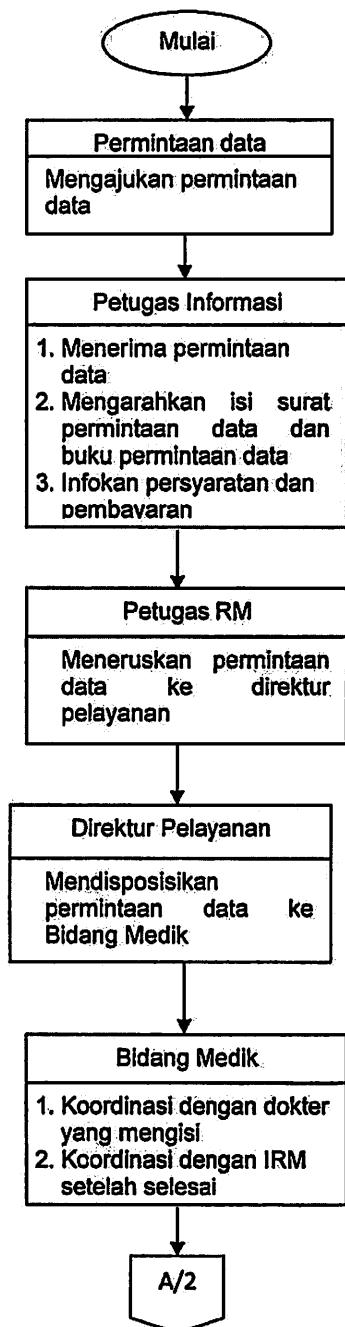
PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA

No. Dokumen :

No. Revisi :
01

Halaman :
3/4

Alur Permintaan data kepada pihak ketiga :





Rumah Sakit
Pusat Otak Nasional

PEMBERIAN INFORMASI REKAM MEDIK KEPADA PIHAK KETIGA

No. Dokumen :

No. Revisi :
01

Halaman :
4/4

Alur Permintaan data kepada pihak ketiga :

