

**PERSETUJUAN UMUM (*GENERAL CONSENT*)  
PEMERIKSAAN KESEHATAN DAN PEMROSESAN DATA  
PRIBADI**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :  
Tanggal Lahir :  
NIK :  
Alamat :  
Nomor Telepon :

Dengan ini sesungguhnya menyatakan persetujuan terhadap diri saya/istri/suami/anak/ayah/ibu saya (\*), yaitu:

Nama Lengkap :  
Tanggal Lahir :  
NIK :  
Alamat :  
Nomor Telepon :

**I. PERSETUJUAN UNTUK PEMERIKSAAN KESEHATAN**

1. Saya mengetahui bahwa saya akan melakukan pemeriksaan kesehatan, saya mengizinkan dokter dan profesional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik seperti yang diperlukan dalam penilaian profesional mereka.
2. Prosedur diagnostik dan perawatan medis tersebut termasuk pemeriksaan area sensitive (payudara, alat kelamin), elektrokardiogram, X-ray, laboratorium, pasang infus, pemberian vaksinasi, pasang NGT, pasang urine catheter, pemberian oksigen, suctioning, lavement/ huknah/klisma gliserin, CTG (pasien inpartu), dll serta pemberian obat

(minum/suntik/rektal/ vagina).

3. Saya sadar bahwa bahwa praktik kedokteran dan ilmu bedah bukanlah ilmu pasti dan saya mengakui bahwa tidak ada jaminan atas hasil apapun, terhadap prosedur atau pemeriksaan apapun yang dilakukan kepada saya.
4. Saya mengerti dan memahami bahwa :
  - a. Saya memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tentang pemeriksaan yang akan dilaksanakan (termasuk identitas setiap orang yang melaksanakan) setiap saat;
  - b. Saya memiliki hak untuk persetujuan, atau menolak persetujuan, untuk setiap prosedur

## **II. BARANG-BARANG MILIK PASIEN**

1. Saya telah memahami bahwa rumah sakit tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik saya, dan saya secara pribadi bertanggung jawab terhadap barang-barang berharga yang saya miliki, termasuk uang, perhiasan, buku cek, handphone, kartu kredit, serta barang lainnya. Dan apabila saya membutuhkan maka saya dapat menitipkan barang- barang saya kepada rumah sakit.
2. Saya juga mengerti bahwa saya harus memberitahu/ menitipkan pada rumah sakit jika saya memiliki gigi palsu, kacamata, lensa kontak, prosthetics atau barang lainnya yang saya butuhkan untuk diamankan.

## **III. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

1. Saya memahami informasi yang ada dalam diri saya, termasuk diagnosis, hasil laboratorium dan hasil tes diagnostik yang akan digunakan untuk perawatan medis, RS XXX akan menjamin kerahasiaannya
2. Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan bila diperlukan untuk memproses klaim asuransi/Jamkesmas/perusahaan dan atau lembaga pemerintah

3. Berdasarkan Undang Undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan Permenkes No. 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis, saya mengizinkan manajemen yang ditunjuk oleh perusahaan untuk membuka dokumen rekam medis atas pemeriksaan kesehatan yang telah dilakukan oleh: (dapat dipilih lebih dari satu) ? Perusahaan Pengguna: PT ..... ? Perusahaan Penjamin Biaya: PT .....
4. Saya memberi kepercayaan kepada pihak manajemen yang ditetapkan oleh perusahaan dalam poin 3 untuk menjaga kerahasiaan hasil pemeriksaan kesehatan saya yang sesungguhnya bersifat sangat pribadi dan untuk tidak mendiskusikannya secara tertulis tanpa ijin tertulis sebelumnya dari pimpinan perusahaan.
5. Apabila di waktu yang akan datang, ada permintaan tertulis tentang informasi medis saya dari perusahaan tempat saya bekerja, saya mengizinkan informasi medis dari pemeriksaan kesehatan saat ini untuk dibuka oleh perusahaan tersebut
6. Saya memberi wewenang kepada rumah sakit untuk memberikan informasi tentang diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan saya kepada anggota keluarga saya, yaitu kepada: (Nama, Hubungan Keluarga, No telephone) 1. , 2. 3. , , , , ,

#### **IV. HAK DAN TANGGUNG JAWAB SERTA TATA TERTIB PASIEN/PENUNGGU PASIEN**

1. Saya memiliki hak untuk mengambil bagian dalam keputusan mengenai penyakit saya dan dalam hal perawatan medis dan rencana pengobatan.
2. Saya telah mendapat informasi tentang Hak dan Tanggung Jawab Pasien melalui leaflet dan banner yang disediakan oleh petugas
3. Saya mengerti bahwa saya tidak diperbolehkan mendokumentasikan (mengambil foto atau merekam dll) dalam bentuk apapun semua proses pelayanan kesehatan tanpa seizin rumah sakit. Jika saya membutuhkan informasi medis mengenai pasien, maka saya akan menggunakan hak bertanya saya kepada dokter yang merawat.

## V. INFORMASI BIAYA

1. Saya memahami tentang informasi biaya pengobatan atau biaya tindakan yang dijelaskan oleh petugas rumah sakit dan bersedia membayar seluruh biaya perawatan.
2. Saya memahami adanya tagihan yang bersifat sementara dan akan pro aktif menanyakan tagihan sementara.
3. RS XXX tidak pernah meminta Pasien / Keluarga Pasien untuk melakukan transfer sejumlah dana untuk tindakan medis melalui telepon.
4. RS XXX tidak melayani proses REIMBURSEMENT klaim pada pasien dengan jaminan BPJS kesehatan dan Pensiunan Pertamina.
5. Saya memahami bila pengobatan/tindakan medis/pemeriksaan diagnostik per item dengan biaya lebih dari: Rp 500.000,- Rp 1.000.000,- Tidak Terbatas Penjamin Sesuai Ketentuan Akan dilaksanakan setelah saya menyetujui pengobatan/tindakan medis/pemeriksaan diagnostik tersebut.

## VI. PERSETUJUAN PEMROSESAN DATA PRIBADI

1. Saya menyatakan telah membaca dan memahami bahwa data pribadi saya akan diproses untuk tujuan:
  - Memberikan layanan medis kepada saya.
  - Memenuhi kewajiban hukum yang berlaku.
  - Mendukung penelitian (dengan data anonim bila memungkinkan).
  - Mengelola administrasi seperti klaim asuransi dan pelaporan kesehatan.
2. Data pribadi yang akan diproses mencakup:
  - Data Identitas: nama, tanggal lahir, nomor identitas
  - Data Medis: diagnosis, hasil laboratorium, hasil pemeriksaan lainnya, dan resume medis
  - Data Kontak: alamat, nomor telepon, email.
3. Saya memiliki hak untuk:
  - Mengakses, memperbarui, atau menghapus data pribadi saya

- Menarik persetujuan ini kapan saja dengan menghubungi pihak rumah sakit.

## VII. PERNYATAAN DAN TANDA TANGAN

1. Dengan ini saya menyatakan bahwa:

- Saya telah membaca dan memahami isi persetujuan umum/general consent ini.
- Saya memberikan persetujuan untuk pemeriksaan kesehatan dan pemrosesan data pribadi sesuai dengan yang telah dijelaskan di atas.
- Saya menandatangani formulir ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Tanggal: ..... Jam: .....

Pasien/Wali (jika pasien 18 tahun)

Ttd

Nama Lengkap

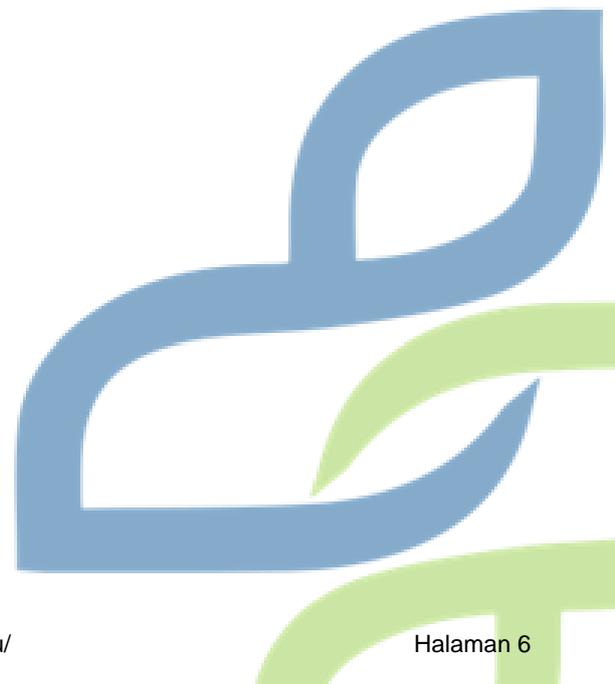
Tanggal: ..... Jam: .....

Pemberi Informasi

Ttd

Nama Lengkap

**IDENTIFIKASI RISIKO LINGKUNGAN KERJA**



No.	Jenis Pekerjaan/ Area Kerja	Paket MCU
3	Medis	<b>Baseline</b> a. Anamnesis b. Pemeriksaan Fisik Tekanan Darah Nadi Suhu Fungsi pernafasan Inspeksi Massa Tubuh Vital c. Pemeriksaan Penunjang EKG Rontgen Thorax/ dada Gula Darah Puasa Gula Darah (Hb, Lemak, Trombosit) dan Darah Lengkap Urine rutin dan urine lengkap HbA1c Ureum dan Kreatinin d. SPO2 <b>Tambahan</b> HbA1c

Tanggal Pemeriksaan : 08-01-2026  
 NIK : 3127070702660127  
 Nama : Kim jong un  
 No. Registrasi : 01  
 Status Pekerja : Karyawan  
 Nomor Pegawai : 01-001-0001  
 Bagian Pekerjaan : Presiden korut  
 Jenis Kelamin : Laki-laki  
 Tempat, Tanggal Lahir : Korut, 12 Jan 2026  
 Umur : 3127070702660127  
 Status Perkawinan : Menikah  
 Alamat : Alam sadar  
 Telepon : 065200178935  
 Penjamin :

## KESIMPULAN & SARAN

### Kesimpulan

Resiko Kardiovaskular (JKS)	:	Rendah
Derajat Kesehatan	:	P4- (Ditemukan kelainan medis bermakna yang dapat menjadi serius, risiko kesehatan sedang)
Kelaikan Kerja	:	02. Laik bekerja untuk posisi saat ini dengan catatan

### Kesimpulan mcu:

#### Kesimpulan MCU

1. Obesity class I, BMI 26,09, lingkar perut 85 cm
2. Mata: Miopia, astigmatism
3. THT: Serumen ADS
4. Audiometri: kedua telinga tuli konduksi
5. Gigi: DMF: 4/0/1, Calculus kelas 1, Stain kelas 2, Impaksi gigi 38,48
6. USGAbdomen: Cholelithiasis multiple

### Saran mcu:

#### Saran I Konsultasi ke dokter Spesialis Penyakit Dalam, untuk:

1. Cholelithiasis multipel, pro edukasi diet dan evaluasi lebih lanjut
2. Prediabetes (HbA1c 5,7 %), pro edukasi diet, pemeriksaan HbA1c berkala dan evaluasi lebih lanjut terapi rutin

#### Saran II Konsultasi ke dokter Spesialis THT, untuk:

1. Kedua telinga tuli konduksi, pro evaluasi lebih lanjut
2. Serumen ADS, pro ekstraksi serumen dan evaluasi berkala

#### Konsultasi ke dokter Spesialis Psikiatri, untuk:

#### Konsultasi ke dokter Gigi dan Mulut, untuk:

1. Foto Panoramik
2. Scaling dan pemeriksaan gigi setiap enam bulan sekali.
3. Penambalan gigi 18,17,28,47.
4. Konsultasi dokter gigi Spesialis Bedah Mulut untuk pencabutan impaksi gigi 38,48

#### Saran MCU:

1. Berat badan ideal 67.0-72.8 kg
2. Olahraga teratur, endurance 150-300 menit/minggu dan olahraga strengthen 2-3 x/minggu
3. Diet rendah lemak, hindari makanan lemak jenuh, gorengan, fast food
4. Gunakan alat pelindung pendengaran bila bekerja di lingkungan kerja bising
5. Kacamata diteruskan, periksa rutin setiap tahun

## HASIL MCU

**P4- (Ditemukan kelainan medis bermakna yang dapat menjadi serius, risiko kesehatan sedang)**

**02. Laik bekerja untuk posisi saat ini dengan catatan**

1. ICD 10:
2. - H52.1 - Myopia
3. - H52.2 - Astigmatism
4. - K01.1 - Impacted teeth
5. - K02.1 - Caries of dentine
6. - K03.6- Deposits [accretions] on teeth
7. - E66- Obesity
8. - K80- Cholelithiasis
9. - R73.03- Prediabete

Jakarta, 12 Juli 2025  
Dokter Pemeriksa

(dr. Gita Permatasari, MKK, AIFO-K)

Tim Dokter Pemeriksa MCU

1. dr. Gita Permatasari, MKK, AIFO-K
2. drg. Anisa Nurfitriani P
3. YunusArief, A.Md.RO
4. dr. AmangSurachman, Sp.THT
5. dr. Januar Habibi, B.Med.Sc., Sp.P
6. dr. Firizkita Dewi, Sp.JP
7. dr. Djoko Wiyono, Sp.KJ
8. dr. Riza Widiastuti, Sp.Rad
9. dr. AGUSMUFANDI, Sp,PK

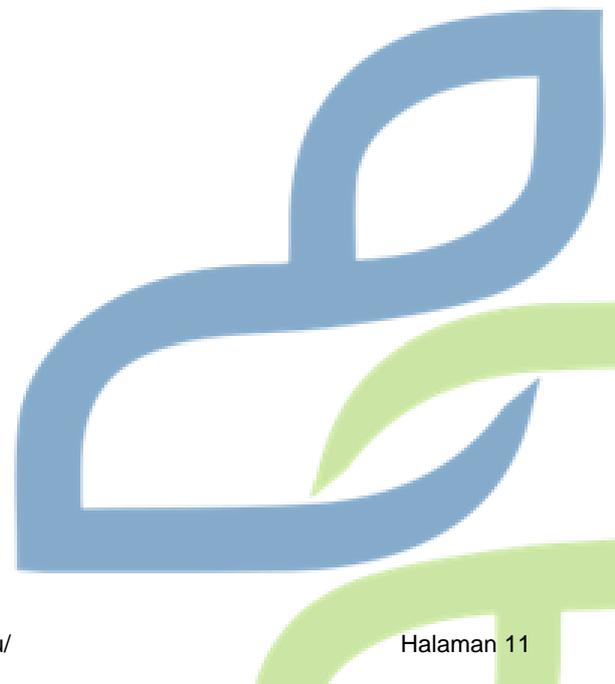
BARCODE UNTUKVALIDASI KEASLIAN HASIL



## PEMERIKSAAN UMUM

Keluhan Utama  
Keluhan Utama :  
Keluhan Pekerjaan :  
Tipe Pekerjaan :  
Lingkungan pekerjaan/Hazard :  
Uraian Singkat Pekerjaan :  
Riwayat penyakit dahulu  
Penyakit yang pernah diderita  
Hipertensi :  
Diabetes :  
Jantung :  
Gangguan Ginjal :  
Gangguan Liver :  
Radang Sendi :  
Autoimmune :  
Asma :  
Tumor :  
Hernia :  
Haemorrhoid :  
Hepatitis :  
TBC :  
Pingsan / Kejang :  
Rawat Inap :  
Riwayat Lainnya  
Riwayat Kecelakaan :  
Riwayat Alergi :  
Riwayat Operasi :  
Riwayat Vaksin Dasar :  
Riwayat Vaksin Covid :  
Riwayat keluarga  
Penyakit keluarga  
Hipertensi :  
Diabetes Mellitus :  
Penyakit Jantung :  
Asthma Bronchiale :  
Penyakit Lainnya :  
Riwayat Lainnya  
Lainnya :  
Keterangan lainnya

Diet	:	
Konsumsi buah/sayurr	:	
Obat rutin	:	
Olahraga	:	
Merokok	:	
Kopi	:	
Alkohol	:	
Pemeriksaan Umum	:	
Tekanan Darah	:	mm Hg
Saturasi Oksigen	:	
Nadi	:	
Irama nadi	:	
Pernapasan	:	x/menit
Suhu	:	° celcius
Tinggi badan	:	cm
Berat badan	:	kg
BMI	:	(Asia Pasifik)
Status gizi	:	
Lingkar perut	:	cm



## PEMERIKSAAN FISIK

Kepala	:
Mata	:
Mulut	:
Telinga	:
Hidung	:
Tenggorokan	:
Tonsil	:
Inspeksi Thorax	:
Perkusi Thorax	:
Auskultasi Thorax	:
Ronchi	:
Wheezing	:
Cor (Auskultasi)	:
Inspek Abdomen	:
Auskultasi Abdomen	:
Nyeri Tekan	:
Nyeri Lepas	:
Hepar	:
Lien	:
Ginjal	:
Nyeri ketok CVA	:
Extremitas Atas	:
Extremitas Bawah	:
Reflek Fisiologis	:
Reflek Patologis	:
Leher	:
Kulit	:
Rectal Toucher	:
Tulang Belakang	:
Vascular Perifer	:
SRQ-29	:
Kesimpulan SRQ-29	:
SDS	:
Ambiguity	:
Conflict	:
Overload Quant	:
Overload Quality	:
Career Development	:
Responsibility for People	:

## PEMERIKSAAN JANTUNG

### Anamnesa Dokter Jantung

Keluhan / Riwayat :

### Pemeriksaan

Faktor Resiko :

Tekanan V. Jugularis :

Bruit Carotis :

Jantung :

Paru :

Dokter Pemeriksa :

### Treadmill

EKG :

ST. Depression :

Ectopic Beat :

Exercise Time :

Fitnes :

Target Nadi :

Respon Tekanan Darah :

Kesimpulan :

Saran :

Dokter Pemeriksa :

## PEMERIKSAAN MATA/optometri

### Anamnesa Optometri

Keluhan / Riwayat :

### Pemeriksaan

Mata Kanan :

Mata Kiri :

Adisi :

Tekanan Bola Mata : / mm Hg

Tes Ishihara :

### Kesimpulan Optometri

Sebagai berikut :

### Saran Optometri

Sebagai berikut :

Optometris :

## PEMERIKSAAN GIGI

**Anamnesa Gimul**

Keluhan / Riwayat :

**Pemeriksaan**

D / M / F :

Karang Gigi :

Calculus :

Stain :

Lain - lain :

**Pemeriksaan Penunjang**

Sebagai berikut :

**Saran Dokter Gigi**

Sebagai berikut :

Dokter Pemeriksa :

## PEMERIKSAAN RONTGEN THORAX

Nomor Rontgen :  
**Hasil Thorax**  
Sebagai berikut :  
**Kesan Thorax**  
Sebagai berikut :  
Dokter Pemeriksa :

## PEMERIKSAAN USG ABDOMEN

Hepar :  
Vesica Fellea :  
Pankreas :  
Lien :  
Aorta :  
Ren Bilateral :  
Vesica Urinaria :  
Prostat :  
**Kesan USG Abdomen**  
Sebagai berikut :  
Dokter Pemeriksa :

## PEMERIKSAAN AUDIOMETRI

AD (Telinga Kanan)

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz	Skor
AC	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BC	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Kesan : -**

AS (Telinga Kiri)

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz	Skor
AC	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BC	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Kesan : -**

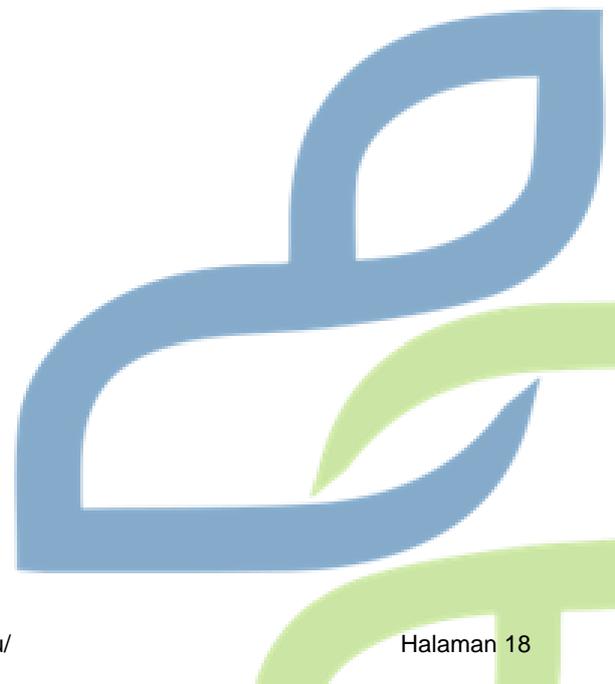
**Kesimpulan Audiometri**

Sebagai berikut : -

**Saran Audiometri**

Sebagai berikut : -

Dokter Pemeriksa : -



## PEMERIKSAAN SPIROMETRI

### Vital Capacity (VC)

Prediksi :

Actual / Hasil :

Persen (%) :

### FVC (Forced Vital Capacity)

Prediksi :

Actual / Hasil :

Persen (%) :

### PEF (Peak Expiratory Flow)

Prediksi :

Actual / Hasil :

Persen (%) :

### FEV1 (Forced Expiratory Volume in 1 second)

Prediksi :

Actual / Hasil :

Persen (%) :

FEV1 / FVC :

### **Kesimpulan Spirometri**

Sebagai berikut :

### **Saran Spirometri**

Sebagai berikut :

Dokter Pemeriksa :

## PEMERIKSAAN TEST MMPI

**Kesimpulan MMPI**

Sebagai berikut :

**Saran MMPI**

Sebagai berikut :

Dokter Pemeriksa :

**HASIL LABORATORIUM**

No. Rekam Medis : 1 Tanggal Layanan : 2026-01-08  
No. Registrasi : 01 Pemeriksaan :  
NIK : 3127070702660127 Jenis Kelamin : Laki-laki  
Nama Pasien : Kim jong un Dokter Pengirim :  
Eselon : Dokter Pemeriksa :

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
-------------	-------	---------------	--------	------------

**HASIL RADIOLOGI**

No. Rekam Medis	:	1	Tanggal Layanan	:	2026-01-08
No. Registrasi	:	01	Pemeriksaan	:	
NIK	:	3127070702660127	Jenis Kelamin	:	Laki-laki
Nama Pasien	:	Kim jong un	Dokter Pengirim	:	
Eselon	:		Dokter Pemeriksa	:	

**LAMPIRAN FOTO PEMERIKSAAN**

**File Thorax**

-

**File Spirometri**

-

**File Test MMPI**

-

## HASIL SKOR KARDIOVASKULER (SKJ)

No. Rekam Medis : 1 Tanggal Layanan : 2026-01-08  
 No. Registrasi : 01 Pemeriksaan :  
 NIK : 3127070702660127 Jenis Kelamin : Laki-laki  
 Nama Pasien : Kim jong un Dokter Pengirim :  
 Eselon : Dokter Pemeriksa :

Faktor Resiko	Penilaian	Skor
Jenis Kelamin	-	-
Usia	- Tahun	-
Tekanan Darah	- mm Hg	-
Indeks Massa Tubuh (BMI)	-	-
Merokok	-	-
Diabetes Melitus	-	-
Merokok	-	-
Aktivitas Fisik	-	-
<b>Total Skor</b>		-
<b>Resiko SKJ</b>		-

Catatan :  
 Total Skor :  
 -7 s/d 1 :  
 2 s/d 4 :  
 ? 5 :

Kesimpulan  
 Resiko Rendah ( 10% )  
 Resiko Sedang ( 10-20% )  
 Resiko Tinggi ( > 20% )

**FORM PENGISIAN TES PSIKOLOGIS (SRQ-29)**

Petunjuk : Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir klik pada option Ya. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir klik option Tidak. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Ya dan Tidak. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

No	Uraian Pertanyaan	Ya	Tidak
----	-------------------	----	-------