



PROSEDUR RAWAT INAP PASIEN

1. CALON PASIEN MEMILIKI WALI (ORANG TUA, KELUARGA, GEREJA, SEKOLAH ATAU INSTANSI) SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB PASIEN.
2. PENANGGUNG JAWAB PASIEN WAJIB :
 - A. MENGISI BIODATA CALON PASIEN DENGAN KEADAAN YANG SEBENARNYA PADA FORMULIR YANG TELAH DISEDIAKAN.
 - B. MENGISI DAN MENYETUJUI SURAT PERNYATAAN PENYERAHAN PASIEN KEPADA PANTI REHABILITASI BETESDA (PRB), (FORMULIR TELAH DISIAPKAN).
 - C. BEKERJA SAMA DENGAN PIHAK PRB DALAM MEMBINA DAN MENDISIPLINKAN PASIEN.
 - D. MENTAATI PERATURAN-PERATURAN PRB YANG TELAH DITETAPKAN KETUA.
3. PIHAK KELUARGA HARUS MENYIAPKAN PERLENGKAPAN KEBUTUHAN KLIEN UNTUK SEHARI-HARI SEPERTI : PAKAIAN SEHARI-HARI DAN PERLENGKAPAN KEBUTUHAN PRIBADI (SABUN MANDI/CUCI, SIKAT GIGI, PASTA GIGI, DLL).
4. PIHAK KELUARGA DILARANG MEMBERI UANG KEPADA KLIEN, APABILA KLIEN MEMBUTUHKAN UANG UNTUK KEPERLUAN MEMBELI PERLENGKAPAN PRIBADI, UANG HARUS DITITIPKAN KEPADA PENGURUS PRB (MENTOR).
5. DILARANG MEMBERIKAN KEPADA KLIEN SESUATU YANG DAPAT MEMBAHAYAKAN KLIEN, SEMUA KEBUTUHAN OBAT-OBATAN DARI LUAR HARUS SEPENGETAHUAN DARI PENGURUS PRB.
6. BARANG2 LAIN YANG DILARANG : HANDPHONE, ROKOK, MINUMAN KERAS, NAPZA ATAU BARANG2 YANG DAPAT MEMBAHAYAKAN KLIEN.

Jika melanggar ketentuan-ketentuan di atas, pihak PRB dapat mengambil sanksi yang akan ditentukan pada klien atau keluarga.



DATA-DATA PRIBADI KLIEN

- 1. Nama :
- 2. Tempat & Tgl Lahir :
- 3. Agama :
- 4. Pendidikan terakhir :
- 5. Gereja & Alamatnya :
- 6. Pekerjaan :
- 7. Status Perkawinan :
- 8. Tempat Tinggal :
- 9. KTP No. : (Serahkan copy ke PRB)

Keterangan-keterangan lain penyebab sakitnya klien :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



SURAT PERNYATAAN KELUARGA KLIEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat & Tanggal Lahir :
Alamat :
No. KTP : (Serahkan copy ke PRB)
No. Telp. yang bisa dihubungi : Rumah :
HP. :
Hubungan dengan Klien :

Dengan ini saya menyatakan dengan tanggung jawab penuh klien.

Nama :
Sejak tanggal :

Untuk dibina di Panti Rehabilitasi Betesda, Borobudur - Magelang.

Karena itu kami (keluarga klien) berjanji / menyatakan bahwa :

1. SECARA ADMINISTRASI KAMI SETUJU DAN MENDUKUNG :
 - A. Membayar uang pembinaan yang telah disepakati setiap bulannya, tepat waktunya pada awal bulan. Apabila terjadi penunggakan s/d beberapa bulan pihak PRB berhak menagih atau mengembalikan klien kepada keluarga dengan harus melunasi seluruh tagihan PRB.
 - B. Bersedia menyerahkan klien untuk mengikuti Holistik Therapy selama 4(empat) bulan pertama, apabila dalam therapy 4 bulan pertama klien belum pulih, akan dilanjutkan therapy tahap II dan III. (Apabila klien diambil kembali oleh keluarga, maka pihak keluarga harus melunasi biaya pembinaan untuk bulan yang berjalan).
 - C. Setuju dan melunasi barang-barang yang dirusak oleh klien milik PRB.
 - D. Bersedia dan menyetujui tidak menengok klien dalam bulan pertama atau sesuai kebijakan mentor pembimbing.
 - E. Bersedia dan rela menerima klien yang dikembalikan oleh PRB karena klien membuat onar atau kekacauan / kekerasan di panti.



Panti Rehabilitasi "Betesda"

Lembaga Pendidikan & Pelayanan Sosial "Rhema"

Jl. Raya Borobudur Salaman KM. 2,5 Brongsongan Wringin Putih

Borobudur - Magelang. HP.0852 2869 3701 , 0812 1553 5806

Email address : info@bukitmerpati.org

Website : www.bukitmerpati.org atau www.pantirehab.com

2. SECARA ROHANI KAMI SETUJU DAN MENDUKUNG :
 - A. Therapy pada klien berbasis Nasrani dengan pegangan dan ajaran dari Alkitab.
(Apabila klien beragama lain, harus membuat surat pernyataan tidak keberatan klien diajarkan sesuai ketentuan-ketentuan yang diterapkan oleh PRB.

3. SECARA SOSIAL KAMI SETUJU DAN MENDUKUNG :
 - A. Bersedia menerima kunjungan dari sosial workers / penyuluhan-penyuluhan dari pihak instansi pemerintah (Dinas Sosial).
 - B. Secara berkala berkunjung ke tempat-tempat hiburan , refreshing untuk therapy sosial.
 - C. Bersedia dan merawat klien dalam masa cuti di rumah dan masa cuti ini dapat diberikan apabila klien telah melewati masa pembinaan pertama 4 bulan.

4. SECARA MEDIS KAMI SETUJU DAN MENDUKUNG :
 - A. Semua tindakan medis yang diambil oleh Tim Medis untuk keperluan therapy klien.
Untuk pemeriksaan laboratorium ataupun rujukan ke dokter spesialis untuk kepentingan pemulihan klien (biaya-biaya dokter akan ditanggung oleh pihak keluarga sesuai bukti-bukti kwitansi).
 - B. Apabila klien meninggal ketika masa pembinaan karena penyakit atau faktor lain diluar kekuasaan PRB, pihak keluarga harus rela dan tidak menuntut kepada PRB dan seluruh biaya pemakaman adalah menjadi tanggung jawab keluarga klien.

Demikian Surat Pernyataan ini saya tandatangani dengan bertanggung jawab apa yang telah disepakati dalam Surat Pernyataan ini.

.....
Yang membuat pernyataan / Orang Tua / Wali

Materai 6000