

FORMULIR ISIAN DATA SOSIAL PASIEN BARU RSUP DR. KARIADI SEMARANG

Mohon diisi dengan lengkap dan menggunakan huruf kapital

Berikan tanda centang (✓) pada yang sesuai dan coret yang tidak perlu pada pilihan bertanda bintang (*)

PROGRAM STUDI :

1. Nama Lengkap Pasien : _____ Perempuan / Laki-laki *
2. Tempat/Tgl Lahir/Umur : _____ / _____
3. Agama : Islam Kristen Katholik Hindu Budha Kong Hu Cu
4. Status Perkawinan : Kawin Belum Kawin Janda/Duda*
5. Pekerjaan : PNS TNI/Polri* Swasta Lainnya : _____
6. Suku Bangsa : Jawa Batak Padang Tionghoa Lainnya : _____
7. Bahasa Sehari-hari : Jawa Indonesia Asing : _____ Lainnya : _____
8. Pendidikan Terakhir : Tidak Sekolah SD SMP SMA S1/S2/S3* Lainnya : _____
9. Keterbatasan Fisik : Tidak ada Ada, jelaskan : Tuna daksa : _____ Tuna netra
 Tuna rungu Tuna wicara Lainnya : _____
10. Alamat Tempat Tinggal Tetap : _____ No : _____
RT: _____ RW: _____ Kelurahan _____ Kecamatan : _____
Kabupaten : _____ Propinsi : _____ No Telp/Handphone : _____
11. Keluarga yang bisa dihubungi : _____ No Telp/Handphone : _____
12. Rujukan dari : _____ Tanggal Rujukan : _____
13. Debitur : BPJS Umum Asuransi lainnya : _____

KHUSUS UNTUK PASIEN UMUR DI BAWAH 18 TAHUN ATAU BELUM NIKAH

14. Nama Ayah/Wali : _____ Umur : _____ Pekerjaan : _____
15. Nama Ibu/Wali : _____ Umur : _____ Pekerjaan : _____