



PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL
RSUD DOKTER SOESELO

Alamat : Jl . Dr. Sutomo No .63 Tlp, (0283) 491016- 491761, Fax.491016 Slawi 52419



<http://www.rsudsoeselo.com> E-mail : kontak@rsudsoeselo.com

FORMULIR KELUHAN / KOMPLAIN PASIEN

Petunjuk Pengisian :

1. NAMA : Nama diisi dengan nama pihak yang menyampaikan komplain
2. TGL LAHIR : Diisi dengan tanggal lahir pihak yang menyampaikan komplain
3. NO. HP : Diisi dengan NO HP pihak yang menyampaikan komplain
4. JENIS KELAMIN : Diisi dengan jenis kelamin pihak yang menyampaikan komplain
5. NO. RM : Bila pihak yang menyampaikan komplain adalah pasien yang bersangkutan, maka mohon dicantumkan NO RM pasien, jika pihak yang menyampaikan komplain adalah keluarga pasien, maka NO RM boleh dikosongkan
6. RUANGAN : Diisi dengan nama ruangan tempat pasien dirawat
7. HUB DENGAN PASIEN : Bila pihak yang menyampaikan komplain adalah keluarga/pengunjung pasien, maka dituliskan hubungan dengan pasien
8. ALAMAT : Diisi dengan alamat pihak yang menyampaikan komplain

IDENTITAS PASIEN / KELUARGA PASIEN		PETUGAS YANG MENERIMA KOMPLAIN	
N A M A		N A M A PETUGAS	
TANGGAL LAHIR		RUANGAN	
NO. HP		TANGGAL / JAM	
JENIS KELAMIN		BAGIAN/ UNIT YANG DIKOMPLAIN	
NO. RM		BAGIAN/UNIT	
RUANG		KEPALA RUANG / PJ	
HUB. DGN PASIEN		TANGGAL KOMPLAIN DISAMPAIKAN	
ALAMAT			
TANGGAL / JAM :			

URAIAN MASALAH / KELUHAN :

Slawi, / / 20

YANG MENYAMPAIKAN KOMPLAIN

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN TEGAL
RSUD DOKTER SOESELO

Alamat : Jl . Dr. Sutomo No .63 Tlp, (0283) 491016- 491761, Fax.491016 Slawi 52419

<http://www.rsudsoeselo.com> E-mail : kontak@rsudsoeselo.com



FORMULIR TINDAK LANJUT KELUHAN / KOMPLAIN
PASIEN

TINDAK LANJUT ATAS MASALAH / KELUHAN YANG DISAMPAIKAN:

APAKAH KELUARGA/PASIEN MENERIMA PENYELESAIAN KOMPLAIN :

YA

TIDAK

ALASAN :

(.....)

NAMA & TANDATANGAN

Slawi,

Kepala Ruang

(.....)