PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS
Jl. Rumah Sakit No. 01 Banyumas Telp/Fak (0281) 796182, 796031
http://rsudbms.banyumaskab.go.id, E-mail: rsudbms.info@gmail.com

FORMULIR LAPORAN PENGADUAN PELANGGAN

IDENTITAS PELAPOR	MASALAH ADUAN
Nama : Alamat : No. Telpon :	☐ Medis ☐ Administrasi ☐ Keperawatan ☐ Fasilitas ☐ Lain-lain _____
IDENTITAS PASIEN	**SUMBER PELAPORAN ADUAN**
Nama : Tanggal Lahir : No. Register : Alamat :	☐ Pasien ☐ Sejawat ☐ Keluarga Pasien ☐ Paramedis ☐ Media Sosial ☐ Kotak Saran

PENERIMA LAPORAN	WAKTU PELAPORAN	WAKTU TANGGAPAN
Nama : Alamat : Unit Kerja : Jabatan :	Tanggal : Jam :	Tanggal : Jam :

MASALAH ADUAN

☐ Tidak menimbulkan kerugian baik berupa material maupun immaterial	☐ Cenderung berhubungan dengan pemberitaan media berpotensi immaterial	☐ Cenderung dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelngsungan organisasi dan kerugian material

JAWABAN ADUAN

	Pelapor (_____) nama dan ttd
	Penerima Laporan (_____) nama dan ttd

HASIL PENYELESAIAN ADUAN	TINGKAT KEPUASAN PENANGANAN ADUAN
☐ TERATASI ☐ BELUM TERATASI ☐ DILAPORKAN P2CSR	☐ SANGAT PUAS ☐ PUAS ☐ TIDAK PUAS

Bila penyelesaian aduan belum teratasi maka perlu dilaporkan ke Tim Pengaduan Pelanggan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas dan mengisi formulir lanjutan dibawah ini :

TIM PENGADUAN PELANGGAN

Jenis Aduan:	Tanggal Laporan	Identitas Petugas Pelapor	Identitas Penerima Laporan
☐ Aduan Pelayanan Medis ☐ Aduan Keperawatan ☐ Aduan Profesi Lain ☐ Aduan Kasus Etik ☐ Aduan Kasus Hukum ☐ Aduan Masalah Administrasi ☐ Aduan Masalah Sarpras	Tanggal : Jam :	Nama : Unit Kerja : Jabatan :	Nama : Jabatan :