

# Formulir Persetujuan Klien dan Informasi ACC

BAGIAN 1 - INFORMASI PRIBADI			
GELAR/SEBUTAN:		TELEPON:	
NAMA DEPAN:		TELEPON KANTOR:	
NAMA PANGGILAN:		NOMOR SELULER:	
NAMA BELAKANG:		EMAIL:	
JENIS KELAMIN: <input type="checkbox"/> PRIA <input type="checkbox"/> WANITA		ALAMAT RUMAH:	
TANGGAL LAHIR:			
KELOMPOK ETNIS:			
NAMA DOKTER:		WILAYAH:	
PRAKTIK KEDOKTERAN:		KOTA:	
PEKERJAAN:		KODE POS:	
KEBUTUHAN BUDAYA ATAU FISIK KHUSUS YANG MUNGKIN ANDA BUTUHKAN:			
BAGIAN 2 - KUESIONER KESEHATAN UMUM:			
<input type="checkbox"/> Hamil	<input type="checkbox"/> Kondisi jantung	<input type="checkbox"/> Tuna rungu/netra	<input type="checkbox"/> Asma/Pernapasan
<input type="checkbox"/> HIV/Hep C	<input type="checkbox"/> Stroke/TIA	<input type="checkbox"/> Osteoporosis/kelemahan tulang	<input type="checkbox"/> Kondisi kulit
<input type="checkbox"/> Pembedahan dalam 5 tahun terakhir	<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Lainnya (Jelaskan)	<input type="checkbox"/> Alergi (Jelaskan)
.....	<input type="checkbox"/> Perokok	.....	.....
PENGOBATAN – HARAP CANTUMKAN:			
BAGIAN 3 – PERSETUJUAN			
<p>Dengan ini saya menyetujui perawatan oleh seorang Ahli Fisioterapi berkualifikasi untuk tujuan penyediaan layanan fisioterapi sebagaimana dibutuhkan untuk mendukung keadaan sakit, cedera, atau kondisi saya. Saya memahami bahwa saya berhak untuk menolak sebagian atau semua perawatan yang ditawarkan. Saya memahami hak untuk memperoleh pendapat kedua. Saya memahami bahwa saya dapat memiliki pendamping/pendukung yang hadir selama perawatan, jika saya menginginkannya. Saya menyetujui bahwa kondisi saya akan dibicarakan bersama Dokter Umum atau spesialis, sebagaimana dibutuhkan.</p>			
<b>TANDA TANGAN:</b>		<b>TANGGAL:</b>	
<i>(Jika berusia di bawah 16 tahun, harus ditandatangani oleh orangtua/wali)</i>			

## Skor Fungsional Spesifik Pasien:

Untuk membantu kami memantau kemajuan Anda, kami perlu meninjau seberapa besar rasa nyeri Anda memengaruhi hidup keseharian pada saat ini.

Harap cantumkan tiga aktivitas yang menyulitkan bagi Anda (misalnya berpakaian, berbaring). Kemudian, beri skor bagi setiap aktivitas, dengan nilai hingga sepuluh, sesuai dengan tingkat kesulitan yang Anda alami ketika melakukannya.

Aktivitas	Skor
1	
2	
3	

### Skala pemberian skor:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Dapat melakukan aktivitas sebagaimana sebelumnya

Tidak dapat melakukan aktivitas