

KOP PERUSAHAAN

Bandung,

Nomor :
Lampiran : 1(satu) berkas
Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen
Izin Operasional Klinik

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
Di –
B a n d u n g

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a :
Jabatan :
Alamat : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Telepon.....Kode Pos.....

Dengan ini mengajukan permohonan pengesahan dokumen sebagai persyaratan izin operasional Klinik Pratama sebagai berikut :

Nama : Klinik.....
Klasifikasi : Rawat Jalan/Rawat Inap*).....
Alamat : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Telepon.....Kode Pos.....

Penanggung jawab Teknis :
Hari dan Jam Buka Klinik :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. FC NIB
2. FC KTP Ketua/Direktur/Pimpinan
3. a. Fotocopy Akte Notaris pendirian Badan Usaha dan Pengesahan Pendaftaran Badan Usaha dari Pengadilan setempat, (Rawat Jalan)
b. Fotocopy Akte Notaris pendirian Badan Hukum dan Pengesahan Pendaftaran Badan Hukum dari Kemenkumham serta akta perubahan apabila ada.
4. Profil Klinik.
5. Sumber Daya Manusia,
 - a. Pimpinan/Penanggung jawab klinik melengkapi :
 - Surat Pengangkatan sebagai Penanggung Jawab Teknis Klinik diatas KOP Badan Hukum /Badan Usaha.
 - Surat Pernyataan bersedia sebagai Penanggung Jawab Teknis Klinik dan tidak menjadi penanggung jawab teknis di klinik lain (bermaterai).
 - Fotocopy Surat Ijin Praktik (SIP) yang masih berlaku di tempat tersebut.
 - b. Masing-masing tenaga kesehatan melengkapi :
 - Surat pernyataan bersedia sebagai tenaga kesehatan di klinik (bermaterai).
 - Fotocopy Surat Ijin Praktik (SIP)/Surat Izin Kerja(SIK) yang masih berlaku di tempat tersebut.
6. Surat pernyataan tidak melaksanakan pelayanan farmasi yang ditandatangani oleh Penanggung jawab teknis Klinik bagi klinik yang tidak melakukan pelayanan kefarmasian.
7. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan klinik yang ditandatangani oleh Pemilik Klinik.

8. SOP Pelayanan yang ada di Klinik (Pendaftaran, Pemeriksaan dan Rujukan).
9. Surat Pernyataan dari Pemilik siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000
10. Rekomendasi dari Puskesmas setempat

Pemohon

(.....)

Keterangan :

No. 1 - 10 dokumen dalam bentuk soft file (flashdisk)

No. 4 - 10 dalam bentuk hard file

Sistematika Penulisan Profil Klinik

JUDUL

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan
- C. Ruang Lingkup dan Sasaran
- D. Struktur Organisasi Kepengurusan Klinik
- E. Denah Lokasi yang menggambarkan lokasi klinik tersebut terhadap fasilitas kesehatan disekitarnya
- F. Denah Bangunan Klinik dilengkapi dengan ruangan-ruangan yang ada di klinik beserta ukurannya.
- G. Sarana dan Prasarana yang ada di Klinik.
- H. Daftar ketenagaan Klinik.
- I. Daftar Peralatan yang digunakan.
- J. Daftar obat dan perbekalan farmasi yang digunakan *)
- K. Daftar Kemampuan Pemeriksaan Laboratorium di Klinik. *)
- L. Jam Operasional Klinik.
- M. Pelayanan yang diberikan klinik.
- N. Lampiran (foto2 yg berkaitan dengan klinik).

*) Bila ada layanan

Bangunan Klinik paling sedikit terdiri atas:

- a. ruang pendaftaran/ruang tunggu;
- b. ruang konsultasi;
- c. ruang administrasi;
- d. ruang obat dan bahan habis pakai untuk klinik yang melaksanakan pelayanan farmasi;
- e. ruang tindakan;
- f. ruang/pojok ASI;
- g. kamar mandi/wc; dan
- h. ruangan lainnya sesuai kebutuhan pelayanan.

Selain persyaratan tersebut Klinik rawat inap harus memiliki:

- a. ruang rawat inap yang memenuhi persyaratan;
- b. ruang farmasi;
- c. ruang laboratorium; dan
- d. ruang dapur;

Prasarana Klinik meliputi:

- a. instalasi sanitasi;
- b. instalasi listrik;
- c. pencegahan dan penanggulangan kebakaran;
- d. ambulans, khusus untuk Klinik yang menyelenggarakan rawat inap; dan
- e. sistem gas medis;
- f. sistem tata udara;
- g. sistem pencahayaan;
- h. prasarana lainnya sesuai kebutuhan

Nama Klinik :.....
Alamat : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Telepon.....Kode Pos.....

DENAH LOKASI

DENAH RUANGAN

Pemilik Klinik

(.....)

DAFTAR KETENAGAAN KLINIK PRATAMA

Nama Klinik :.....
Alamat : Jl.....RT.....RW.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Telepon.....Kode Pos.....

| NO | NAMA | JABATAN | NO. STR | MASA BERLAKU |
|-----------|-------------|----------------|----------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Pemilik Klinik

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Tempat/Tanggal Lahir :
Pendidikan/Thn Lulus :Tahun.....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Penanggung jawab teknis pada :

Nama : Klinik Pratama
Jenis Klinik : Rawat Jalan/Rawat Inap *)
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatan dan **tidak bekerja sebagai Penanggung jawab teknis pada klinik lain** .

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

*) coret salah satu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Tempat/Tanggal Lahir :
Pendidikan/Thn Lulus :Tahun.....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai tenaga pelaksana.....**) pada :

Nama : Klinik Pratama.....
Jenis Klinik : Rawat Jalan/Rawat Inap *)
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....

Dimulai sejak Klinik tersebut diatas melaksanakan kegiatan.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bandung,.....
Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

*) coret salah satu

**) Diisi sesuai jenis tenaga pelaksana : dokter/dokter gigi/perawat/bidan/tenaga kefarmasian/analisis laboratorium dan Nakes lainnya

SURAT PERNYATAAN

Nama Lengkap :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Tempat/Tanggal Lahir :
No. STRA, berlaku sd :Berlaku s/d.....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Penanggung jawab Ruang/Instalasi Farmasi pada :

Nama : Klinik Pratama
Jenis Klinik : Rawat Inap/Rawat Jalan *)
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....

Dimulai sejak Klinik Pratama/Pratama tersebut melaksanakan kegiatan.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Jabatan : Pemilik Klinik Pratama.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia dan sanggup mentaati semua peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan klinik dan apabila melanggar ketentuan tersebut saya siap menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung,.....

Yang membuat Pernyataan
Pemilik Klinik

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama : Klinik Pratama/Pratama *).....
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....

Dengan ini menyatakan bahwa klinik tersebut diatas **tidak melakukan pelayanan farmasi**, dan apabila melanggar ketentuan saya siap menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung,.....

Yang membuat Pernyataan
Penanggung Jawab Teknis
Klinik.....

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PENINJAUAN LOKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan : Pemilik Klinik Pratama/Pratama.....

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa Kami siap dan bersedia untuk ditinjau kapanpun oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)