



Jl. Raya Bungursari No. 36 Purwakarta
Telp. 0264 - 8222222 Fax. 0264 - 8222 221

Nomor RM :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : **L / P**

(Bisa ditempel dengan stiker Identitas)

PEMBERIAN INFORMASI

Pemberi Informasi			
Pelaksana Tindakan			
Penerima Informasi Pemberi Persetujuan*)			
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1.	Diagnosis (WD & DD)		
2.	Dasar Diagnosis		
3.	Tindakan		
4.	Indikasi Pengobatan		
5.	Tata Cara		
6.	Tujuan		
7.	Risiko		
8.	Komplikasi		
9.	Prognosis		
10.	Alternatif & Risiko		
11.	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya, ...Telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya.	tanda tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya, ...telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanan, dan telah memahaminya	tanda tangan
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat	

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Yang bertandatangan di bawah ini saya, nama, umur.....tahun
tahun Laki-laki / Perempuan, alamat :

.....

Dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukan tindakan
..... terhadap saya /
Bernama umur tahun, laki-laki / Perempuan

Alamat
.....

Saya telah menyatakan dengan sesungguhnya tanpa paksaan bahwa saya :

- a. Telah diberikan informasi dan penjelasan serta peringatan akan bahaya risiko, serta kemungkinan - kemungkinan yang timbul apabila tidak dilakukan tindakan medis.
- b. Telah saya pahami sepenuhnya informasi dan penjelasan yang diberikan dokter.
- c. Atas tanggung jawab dan resiko saya memberikan **PENOLAKAN** untuk dilakukan tindakan medis yang dianjurkan dokter.

Purwakarta, ... Pukul :

Dokter Operator

Pasien / Keluarga Pasien

(dr.)

(.....)

FORMULIR PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS