



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 sticker identitas)

PEMBERIAN INFORMASI

Pemberi Informasi			
Pelaksana Tindakan			
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *)			
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAI (✓)
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			

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Yang bertandatangan dibawah ini, saya, nama..... , umur tahun
tahun laki-laki / perempuan*, alamat :

.....

Dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan
..... terhadap saya /
bernama umur tahun, laki-laki / perempuan*,
alamat :

Saya telah menyatakan dengan sesungguhnya tanpa paksaan bahwa saya :

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

Purwakarta,..... Pukul :

Yang menyatakan

Saksi I

(.....)

(.....)

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS