

DOKUMENTASI PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN / PENGOBATA

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/ Pemberi penolakan			
No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1	Diagnosis (WD&DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
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 dan / atau berdiskusi			Nama & TT dokter
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			Nama & TT pasien/kel
*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN/ PENGOBATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

I. Nama : _____

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami/istri/anak /ayah /ibu*, lain-lain _____

Tgl lahir/ umur : _____/ _____ tahun, jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan *

Alamat : _____

Dengan Ini Menyatakan Penolakan untuk Dilakukan Tindakan / Pengobatan _____

Terhadap saya/ keluarga saya

II. Nama Pasien : _____, No. RM :

Tanggal lahir/Umur : _____/ _____ tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *

Alamat : _____

Telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan .

Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan/ pengobatan tersebut

Hari _____, Tanggal _____, _____, _____, Pukul _____

Yang menyatakan *

Saksi

(_____)

(_____) (_____)