

RM.001/003/2023

Dharma
Nugraha

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

DOKUMENTASI PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN / PENGOBATAN

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			

