



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

### FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima Informasi			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAI (✓)
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 dokter & TT
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 / keluarga terdekat

### PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

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 persetujuan untuk dilakukan tindakan/ pengobatan \_\_\_\_\_

terhadap saya/ keluarga saya :

II. Nama Pasien : \_\_\_\_\_, No. RM :   
Tanggal lahir/Umur : \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*  
Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul

saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Hari \_\_\_\_\_, Tanggal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Pukul \_\_\_\_\_

Yang menyatakan \*

Saksi

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )