



**Dharma
Nugraha**

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL. BALAI PUSATAKA 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