



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

LABEL IDENTITAS PASIEN

### FORMULIR PEMBERIAN TINDAKAN KEDOKTERAN

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

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

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

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