





RM. 43.IBS

PENOLAKAN TINDAKAN SEDASI / ANESTESI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat Rumah :
Telepon :
Bukti diri / KTP :

Dengan ini menyatakan **PENOLAKAN** untuk dilakukan tindakan **SEDASI / ANESTESI** terhadap diri saya sendiri* / Istri* / Suami* / Anak* / Orang tua saya*, yaitu :

Nama :
Tgl lahir/Umur :
Alamat Rumah :
Bukti diri /KTP :
Kelas :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana 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 **SEDASI / ANESTESI** tersebut.

Rumah sakit sultan imanuddin tidak bertanggung jawab secara hukum atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidakdilakukannya tindakan **SEDASI / ANESTESI** tersebut.

Pangkalan Bun,Jam WIB

Saksi – saksi

Perawat

Dokter pelaksana

Yang memberikan Pernyataan

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

Saksi dari pihak pasien,

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas

*Lingkari yang sesuai