



INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan / Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *		Nama : Nama :	
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1.	Diagnosis (WD & DD)		
2.	Tindakan Kedokteran		
3.	Indikasi Tindakan		
4.	Keterangan penting cara operasi		
5.	Tujuan		
6.	Resiko / Komplikasi		
7.	Alternatif & Risiko		
8.	Lain – lain		
9.			Paraf
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.			
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			



RM.39.IBS

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat Rumah :

.....

Telepon :

Bukti diri / KTP :

Dengan ini menyatakan **P E N O L A K A N** untuk dilakukan tindakan kedokteran berupa**

.....
Terhadap diri saya sendiri / Istri / Suami / Anak / Orang tua saya / Keluarga*, yaitu :

Nama :

Umur :

Alamat Rumah :

.....

Bukti diri / KTP :

Kelas :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas 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 kedokteran tersebut.

Rumah sakit Sultan Imanuddin tidak bertanggung jawab secara hukum atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

Pangkalan Bun, Jam WIB

Saksi – saksi

Perawat

Dokter pelaksana
Tindakan

Yang memberikan
Pernyataan

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

Saksi dari pihak pasien,

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

** Isi dengan tindakan kedokteran yang akan dilakukan

*Lingkari yang benar