



Nama : _____
 Tgl. Lahir: _____
 No. RM : _____

**INFORMED CONSENT KEDOKTERAN
 PEMBERIAN INFORMASI**

Dokter Pelaksana Tindakan		
Pemberian Informasi		
Penerima Informasi / Pemberian Persetujuan*		
JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1. Diagnosis (WD & DD)		
2. Dasar Diagnosis		
3. Tindakan Kedokteran		
4. Indikasi Tindakan		
5. Tata Cara		
6. Tujuan		
7. Resiko		
8. Komplikasi		
9. Prognosis		
10. Alternative		
Lain - lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya (Dokter) telah menerangkan hal - hal diatas secara benar dan jelas memberikan kesempatan untuk bertanya dan diskusi

Dokter
 (.....)
 Tanda tangan dan Nama Jelas

Dengan ini menyatakan bahwa saya (pasien/keluarga pasien) telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda paraf dikolom kanannya serta telah diberikan kesempatan untuk bertanya/diskusi, dan telah memahaminya

Pasien/Keluarga Pasien
 (.....)
 Tanda tangan dan Nama Jelas

*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekatnya

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya nama Umur : tahun
 laki - laki / perempuan* alamat :
 ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan saya* bernama
 umur : tahun, laki - laki / perempuan* alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagaimana akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut

Kwala Gunung, tanggal Jam : WIB
 Yang menyatakan* Dokter Saksi keluarga Saksi Rumah Sakit

(.....) (.....) (.....) (.....)

Apabila Pasien tsb Rawat Inap Kembali dalam waktu **7 hari** dengan diagnosis yang sama baik pada RS yg sama maupun RS yang berbeda dan yang masuk melalui IGD maupun POLI Rujukan maka **TIDAK DIJAMIN BPJS KESEHATAN.**