



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PASAR REBO

Jl. Letjen TB. Simatupang No.30 PASAR REBO

Telp. 8400109, 8401127, Fax .8411159

JAKARTA



**INFORMED CONCENT
PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS/OPERASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

A. Pasien

Nama :
 Umur : thn / bin* Jenis Kelamin : laki-laki / perempuan*
 Nomor Rekam Medis :

B. Saksi / Keluarga

Nama Saksi :
 Umur : thn / bin* Jenis Kelamin : laki-laki / perempuan
 Alamat :
 Nomor Identitas :
 Hubungan : Suami / Istri / Orang Tua / Saudara / Kerabat*

Dengan ini **SETUJU** untuk dilakukan tindakan Medik / operasi / pemeriksaan penunjang medis **
 anastesi

Terhadap pasien tersebut dengan / tanpa anastesi umum / lokal

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya bahwa :

- a. Telah diberikan penjelasan oleh dokter manfaat kegunaan pemeriksaan penunjang medis / tindakan medis / operasi.
- b. Telah diberikan penjelasan oleh dokter akan bahaya, resiko, serta kemungkinan-kemungkinan yang timbul atas dilakukan tindakan medis / operasi / tindakan penunjang medis
- c. Telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dokter, tentang :
 - a.
 - b.
 - c.

Jakarta(Jari :)

Dokter yang menerangkan,

Yang membuat pernyataan
Pasien/keluarga

(.....)
 Nama Jelas
Saksi I
 Pihak Rumah sakit

(.....)
 Nama Jelas
Saksi II
 Pihak pasien/keluarga

(.....)
 Nama Jelas

(.....)
 Nama Jelas

**isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan
 * Coret yang tidak perlu