



INFORMED CONCENT
PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS/OPERASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

A. Pasien

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

B. Saksi / Keluarga

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

Dengan ini **TIDAK SETUJU/MENOLAK** untuk dilakukan tindakan Medis / operasi / pemeriksaan penunjang medis **

.....
 Terhadap pasien tersebut dengan / tanpa anestesi 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 , (Jam :)

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

Revisi Apr'12