



INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS)

PEMBERIAN INFORMASI

No	JENIS INFORMASI	SUDAH* (Pasien)
1	Pasien sudah diberikan informasi tentang kondisi penyakit yang diderita	
2	Pasien sudah diberikan informasi dan mengerti prosedur tindakan yang akan dilakukan	
3	Pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai dampak jika dilakukan tindakan medis dan komplikasi yang mungkin terjadi	
4	Pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai dampak jika tidak dilakukan tindakan medis yang diperlukan	
5	Pasien sudah diberikan informasi dan mengerti mengenai prognosis terhadap tindakan	

Jika pasien tidak kompeten atau tidak mau/bisa menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali/ keluarga terdekat

PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini saya nama : Umur :th,
 laki-laki / Perempuan; Alamat : Telp :

Dengan ini menyatakan SETUJU / MENOLAK

untuk dilakukan tindakan medis berupa *** :

terhadap : diri saya sendiri** / suami** / istri** / anak** / ayah** / ibu** saya, dengan

- Nama :
- Usia : tahun
- Jenis kelamin : Laki-laki* / Perempuan*
- Alamat :
- Telp./ Ponsel :
- No. RM :

yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya dan upaya mengatasinya telah cukup dijelaskan dokter dan saya telah mengerti sepenuhnya. Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan pihak manapun.

Dokter Yogyakarta,20
Yang membuat pernyataan

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

.....
 saksi 1 :
 saksi 2 :

* Beri tanda centang bila sudah dilakukan
 ** Lingkari dan coret yang lain
 *** Isi dengan tindakan yang dilakukan