



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN		No. RM : Nama : Tgl.Lahir : Ruangan :	(L/P)*
PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi			
Persetujuan		Umur th, Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan	
*Bila pasien tidak kompeten/ tidak mau menerima informasi, maka penerima adalah wali/ keluarga terdekat			
No.	Jenis Informasi	Isi Informasi yang Diberikan	Tandai dengan Centang (√)
1	Diagnosis (kerja dan banding)	Normal penis / fimosis grade...	
2	Dasar Diagnosis	Pemeriksaan fisik	
3	Tindakan Kedokteran	Sirkumsisi	
4	Indikasi Tindakan	Sosial	
5	Tata Cara	Sesuai SOP	
6	Tujuan	Membuka kulup penis	
7	Resiko	Perdarahan, infeksi	
8	Komplikasi	Cidera organ sekitar	
9	Prognosis	Dubia ad bonam	
10	Bersedia mengisi lembar observasi melalui google form		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau diskusi			(tanda tangan dokter)
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas, kemudian saya beri tanda tangan/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			(tanda tangan pasien/keluarga)
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :			
Nama : (L/P)* Umur :tahun			
Alamat :			
Dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan.....			
Terhadap diri saya/Ayah/Ibu/Suami/Istri/Anak *) atau.....saya.			
Nama : (L/P)* Umur :tahun			
Alamat :			
Saya memahami kepentingan dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
Yogyakarta,			
Yang membuat pernyataan	Saksi pihak pasien	Saksi pihak rumah sakit	
(.....)	(.....)	(.....)	