



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TENGAH
RSUD DR. MOEWARDI SURAKARTA
Jl. Kol. Sutarto 132 Telp. (0271) 634634 Surakarta

FORMAT DOKUMENTASI PEMBERIAN INFORMASI
(PASIEN SAFETY)

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pemberi Informasi			
Identitas Pasien :			
No. Register / RM			
Nama Pasien			
Umur			
Alamat			
Tanggal Masuk			
Penerima Informasi :			
Nama			
Umur			
Alamat			
Hubungan Dengan Pasien			
No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	tanda √
1	Rencana dan Hasil Pelayanan		
2	Rencana dan Hasil Pengobatan		
3	Kemungkinan terjadi KTD		
4	Diagnosis		
5	Dasar Diagnosis		
6	Kemungkinan Komplikasi		
7	Prognosis		
8	Biaya		
9	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi		Tanda Tangan Pemberi Informasi (.....)	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya. dan telah memahaminya.		Tanda Tangan Penerima Informasi (.....)	