**FORMULIR *INFORMED CONCENT***

**(Surat Pesetujuan Medis)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ${nama}

Jenis Kelamin : ${jeniskelamin}

Usia/Tgl Lahir : ${tanggallahir}

Alamat : ${alamat}

Telepon : ${telepon}

Dengan ini menyatakan SETUJU untuk dilakukan Tindakan Medis di **${clinic}**.

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit tersebut, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan**.**

${kota} ,   
${tanggal}

${tandatangan}

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_