



**Program Studi Ortotik Prostetik Program Sarjana Terapan  
Poltekkes Kemenkes Jakarta 1**

*FORM/IK/SPMI/PRODI-OP/H/01/01\**

**SURAT PERSETUJUAN / IJIN PELAYANAN ORTOTIK PROSTETIK**

**LABORATORIUM KLINIK JURUSAN ORTOTIK PROSTETIK**

**POLTEKKES KEMENKES JAKARTA 1**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Selaku pasien / suami / istri / anak / ayah / ibu / wali telah mengerti sepenuhnya atas penjelasan dari Tim Ortosis Prostetik perihal prosedur, kondisi, dan tindakan yang akan dilakukan berupa tindakan ortotik dan /atau prostetik yaitu

.....  
.....

Setelah mendapat keterangan saya menyadari manfaat dari kegiatan sebagai model pasien, maka :

- Saya bersedia untuk berperan sebagai pasien model dalam pembelajaran mahasiswa/wi untuk pembuatan alat ortotik dan/atau prostetik.
- Saya memberikan persetujuan/izin terhadap segala aktivitas terkait seperti pengambilan gambar dan video untuk tindakan ortotik dan/atau prostetik yang diperlukan menurut standar profesi terhadap pasien:

Nama :

Umur :

Pernyataan ini dibuat dengan kesadaran penuh atas segala resiko tindak ortotik/ prostetik tersebut di atas.

Saksi

Jakarta , .....20...

Yang menyetujui,  
Pasien/ wali

(.....)

(.....)

Keterangan : coret yang tidak perlu



**Program Studi Ortotik Prostetik Program Sarjana Terapan  
Poltekkes Kemenkes Jakarta I**

*FORM/IK/SPMI/PRODI-OP/H/01/03\**

**General Consent  
(Surat Persetujuan Umum Penerimaan Pelayanan)  
Di Laboratorium Klinik Jurusan Ortotik Prostetik Poltekkes Kemenkes Jakarta I**

Dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :  
Alamat :  
Pekerjaan :

Saya memahami dan menyetujui bahwa pelayanan yang diberikan kepada saya atau orang lain yang berada dalam tanggungan saya dilaksanakan oleh mahasiswa / instruktur / dosen di bawah pengawasan dosen supervisor

Pelayanan dari Laboratorium Klinik Jurusan Ortotik Prostetik Poltekkes Jakarta I hanya dapat dijalankan jika saya mengikuti saran-saran yang diberikan oleh mahasiswa/ instruktur /dosen Laboratorium Pendidikan Jurusan Prostetik Ortotik Poltekkes Jakarta I sebagaimana tercantum dalam pernyataan-pernyataan berikut:

- Saya memahami dan mengikuti aturan penggunaan alat serta latihan penunjang yang diperlukan sesuai instruksi yang diberikan oleh mahasiswa / instruktur /dosen Laboratorium Klinik Jurusan Ortotik Prostetik Poltekkes Jakarta I yang menangani pasien :  
Nama :  
Umur :
- Saya akan menghubungi nomor kontak yang diberikan pada kartu pasien untuk meminta saran, jadwal pertemuan, maupun pertemuan tindak lanjut yang berkaitan dengan penanganan ortotik dan /atau prostetik .
- Saya harus menghubungi pihak Laboratorium Klinik Jurusan Prostetik Ortotik Poltekkes Jakarta I, apabila ada kerusakan atau ketidakstabilan pada alat yang saya miliki dan dibuat sebelumnya di Labotorium Klinik Jurusan Prostetik Ortotik Poltekkes Jakarta I.
- Saya setuju bahwa alat yang saya terima dibiayai oleh donatur dan saya tidak berhak untuk menyalahgunakannya (tidak dipindahtangankan, tidak diperjualbelikan, serta tidak diperlakukan di luar aturan penggunaan yang diberikan).
- Saya memberikan persetujuan/izin terhadap segala aktivitas terkait seperti pengambilan gambar dan video untuk tindakan ortotik dan/atau prostetik yang diperlukan menurut standar profesi terhadap pasien:

Saya telah membaca dan menyatakan bahwa saya menyetujui persyaratan yang diajukan agar saya mendapatkan pelayanan ortotik dan/atau prostetik dari Laboratorium Klinik Jurusan Prostetik Ortotik.

Jakarta, .....

( )