LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)PELAYANAN KONTRASEPSI

SUNTIKA IUD IMPLAN MOW MOP **)

 ${\tt DILAKUKAN\ TINDAKAN\ MEDIK\ DAN\ ATAU\ PELAYANAN\ KONTRASEPSI\ SESUAI\ STANDAR\ PROFESI\ berupa:}$

Nomor Kode Tindakan **IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN** Nama Faskes KB/RS/Praktik *): Dokter/Praktik Bidan Mandiri Nomor Kode Faskes KB : Nomor Klien / Nomor Seri Kartu : (Sesuai dengan K/IV/KB) Kode Keluarga Indonesia (KKI) : PERSETUJUAN KLIEN Saya yang bertanda tangan di bawah i ni : Nama Umur : Tahun, Jenis Kelamin: Laki-laki/Perempuan *) Alamat lengkap : Jalan RT RWKel/Desa Kecamatan Kabupaten/Kota Provinsi Kode Pos Setelah mendapat penjelasan dan MENGERTI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Caya yang sentanda tangan ar sawan min.								
Nama	:							
Umur	:	: Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)						
Alamat lengkap	:	Jalan RT RW Kecamatan RT RW Provinsi			Kelurahan/Desa Kabupaten/Kota Kode Pos			
Selaku SUAMI/ISTERI *) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.								
Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.								
						,		
Yang memberi pelayanan konseling Dokter/Bidan/Perawat *)			Klien			Suami/Isteri Klien *)		
()		())	()		
Keterangan : *) coret yang tidak perlu **Dedri tanda √								