

## PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

I. Nama : Yogaswati

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami/istri/anak /ayah /ibu\*, lain-lain \_\_\_\_\_

Tgl lahir/ umur : 81 / \_\_\_\_\_ tahun, jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan\*

Alamat : Jl. Bunsu cente no 13 Cincin Cipete Selatan

Dengan Ini Menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan/ pengobatan

terhadap saya/ keluarga saya :

II. Nama Pasien : Nb. Yogaswati, No. RM : 

0	7	7	9	9	4
---	---	---	---	---	---

Tanggal lahir/Umur : 81 / \_\_\_\_\_ tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan\*

Alamat : Jl. Bunsu cente no 13 Cincin Cipete Selatan

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada \_\_\_\_\_ termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul

saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Hari Rabu, Tanggal 06, 12, 23, Pukul 06.00.

Yang menyatakan \*

Saksi

J. Wati  
( \_\_\_\_\_ )

dr. Maya  
( \_\_\_\_\_ )

dr. Lani  
( \_\_\_\_\_ )