

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Umur / Kelamin : tahun, laki-laki / perempuan
Alamat :
Bukti diri / KTP :

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah menyatakan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa**

Terhadap diri saya *sendiri* * / *istri* * / *suami* * / *anak* * / *ayah* / *ibu saya* * dengan

Nama :
Umur / Kelamin : tahun, laki-laki / perempuan
Alamat :
Dirawat di :
Nomor rekam medis :

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Hari tgl bulan tahun

Saksi-saksi
Tanda tangan

Dokter
Tanda tangan

Yang membuat pernyataan
Tanda tangan

1. _____
(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

(.....)
nama jelas

2. _____
(.....)
nama jelas