

Nomor Kode Tindakan

--	--

Nama Faskes KB/RS/Praktik \*): .....

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

[illegible]

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : .....

U m u r : ..... Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan \*)

Alamat lengkap : Jalan ..... RT .... RW ..... Kel/Desa .....  
Kecamatan ..... Kabupaten/Kota .....  
Provinsi ..... Kode Pos .....

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETRI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa :

☐ SUNTIKA    ☐ IUD    ☐ IMPLAN    ☐ MOW    ☐ MOP    \*\*)

#### PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : .....

U m u r : ..... Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan \*)

Alamat lengkap : Jalan ..... RT ..... RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan ..... Kabupaten/Kota .....  
Provinsi ..... 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  
\*\*) beri tanda  $\checkmark$