

## PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan, saya, nama ....., umur ..... tahun, laki laki/  
perempuan, alamat .....

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan : PET-CT dengan kontras

terhadap saya/..... saya \*), bernama .....

umur..... tahun, laki-laki/perempuan \*), nomor rekam medis : .....

alamat .....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti  
diatas kepada saya, 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.

....., tanggal ..... pukul .....

Yang menyatakan \*)

Saksi dari Pasien

Saksi dari RSGP

(.....)

(.....)

(.....)

## PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan, saya, nama ....., umur ..... tahun, laki laki/  
perempuan, alamat .....

dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukannya tindakan : PET-CT dengan kontras

terhadap saya/..... saya \*), bernama .....

umur..... tahun, laki-laki/perempuan \*), nomor rekam medis : .....

alamat .....

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti  
diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat  
tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

....., tanggal ..... pukul .....

Yang menyatakan \*)

Saksi dari Pasien

Saksi dari RSGP

(.....)

(.....)

(.....)