

INFORMED CONSENT

Yang betandatangani dibawah ini :

Nama : Irkhos Tri Rahmatas
Umur : 21 Tahun Laki-laki / Perempuan*
Alamat : Kecamatan Klaten RT 7 / RW 2

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, telah memberikan :

PERSETUJUAN / PENOLAKAN

Untuk dilakukan Tindakan medik berupa **:

Pemeriksaan Ortodontik & persiapan gigi KA RS

Terhadap diri saya sendiri / Istri / Suami / Anak / Ayah / Ibu saya*, dengan :

Nama : Irkhos Tri Rahmatas
Umur : 21 Tahun Laki-laki / Perempuan*
Alamat : Kecamatan Klaten RT 7 / RW 2

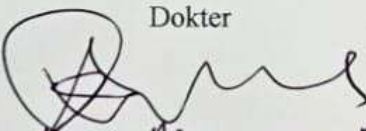
Saya memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan oleh Dokter mengenai :

1. Kondisi umum pasien.
2. Tindakan yang akan dilakukan serta Tindakan alternative lainnya untuk mengatasinya.
3. Sifat, tujuan, prosedur, akibat serta resiko dari tindakan medik tersebut di atas.
4. Sifat, tujuan, prosedur, akibat serta resiko yang diberikan.
5. Bersedia membayar sendiri semua biaya yang ditetapkan.

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

Semarang, 15 - 8 - 2020

Dokter

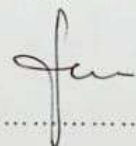


Irkhos Tri Rahmatas, M. MEd

Saksi Perawat

(.....)

Yang Menyatakan



(.....)

Saksi dari Keluarga Pasien

(.....)

** isi dengan jelas, Tindakan medik yang akan dilakukan

* lingkari dan coret yang tidak perlu