



**PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lilik Pujastutik
Tanggal Lahir : 4 Februari 2003 Lk / Pr *
Alamat : Lamper miyen 345 A Lamper Tengah Semarang
No. Identitas : 3315 0444 0294 0001

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan :

PERSETUJUAN

Untuk di lakukan tindakan kedokteran : Pembuatan gigi tiruan cekat

Terhadap Diri Saya Sendiri / ~~Orang Tua~~ / ~~Suami~~ / ~~Istri~~ / ~~Anak~~ / ~~Wali~~ / ~~Saudara~~ *, dengan :

Nama : Lilik Pujastutik
Tanggal lahir : 4 Februari 2003 Lk / Pr *
No. Rekam Medis :

6	5	8	3	5	6
---	---	---	---	---	---

Alamat : Lamper miyen 345 A Lamper Tengah Semarang
Poli : Prostodonsia

Saya memahami perlu dan manfaat dari tindakan tersebut sebagaimana telah di jelaskan kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin ditimbulkan. Tidak ada unsur paksaan fisik maupun psikis dan tidak akan melakukan tuntutan macam apapun.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu Kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung pada Tuhan.

Semarang, 3 Mei 2024

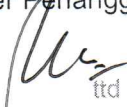
Saksi


(Hasna U Tubitasari)

Pemberi Pernyataan


(Lilik Pujastutik)

Mengetahui,
Dokter Penanggung Jawab


(drg. Dika Agung B. SP. Pros.)