RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT (RSGM)
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG
Jl. Kedungmundu Raya No. 22 Semarang, Telp.024-76601005, email: rsgmp@unimus.ac.id

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya, Dokter Pelaksana Tindakan menyatakan bahwa telah menerangkan hal di bawah ini secara benar dan jelas dan sudah memberi kesempatan pada pasien / keluarga pasien untuk bertanya dan berdiskusi.	
1. Diagnosis	periodontitis kronis. gigi 26, 27.
2. Dasar Diagnosis	
3. Tindakan Kedokteran	Kuretase 26, 24
4. Indikasi Tindakan	poket periodontal.
5. Tata Cara	
6. Tujuan	
7. Resiko	
8. Komplikasi	
9. Prognosis	
10. Alternatif & Resiko	
11. Lain-lain	

Setelah mendapatkan informasi mengenai tindakan kedokteran, maka saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Putri Zahra Arianto.
Tanggal Lahir : Salatiga 27 Februari 2024. Lk / Pr*
Alamat : Sambiroto raya I NO. 5A.
No. Kartu Identitas : 256374 270240005.

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan :

PERSETUJUAN/PENOLAKAN

Untuk di lakukan tindakan kedokteran : Bedah Periodontal Gingivektomi & Kuretase.

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

Nama : Putri Zahra Arianto
Tanggal lahir : 27 Februari 2024 Lk / Pr*
No. Rekam Medis : 03 26 54
Alamat : Sambiroto Raya I NO. 5A
Poli : Integrasi II (periodonsia)

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, 7 Februari 2025.

Saksi

ttd

(Kiki Aprilia)

Pemberi Pernyataan

ttd

(Putri Zahra A.)

Mengetahui,
Dokter Pelaksana Tindakan

drg. Steffi Arnov. Sp. Perio

* Coret yang tidak perlu