

**KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN**

**SURAT PERNYATAAN / PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Alamat :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERNYATAAN/PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis yang ada hubungannya dengan penyakit yang diderita oleh saya sendiri / istri / suami / ayah / ibu / anak saya*, dengan

Nama :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Alamat :

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta risiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

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

Yogyakarta,

Dokter yang memberi penjelasan

Yang membuat pernyataan/persetujuan,

(.....)

(.....)

Catatan:

*Coret yang tidak perlu