

LAMPIRAN



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH JAWA TENGAH

RUMAH SAKIT BHAYANGKARA

Jl. Majapahit No. 140 Semarang Telp. (024) 6720675

SURAT PERNYATAAN MENOLAK TINDAKAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Hub dg pasien :

Menyatakan menolak untuk dilakukan tindakan
kepada pasien :

Nama :

Umur :

Alamat :

Diagnosa medis :

Dan kami sanggup untuk bertanggung jawab jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan sehubungan dengan penyakit pasien.

Demikian surat pernyataan ini di buat tanpa paksaan dari siapapun.

Mengetahui
An. Ka. RS. Bhayangkara

Semarang, 20

Yang menyatakan

(.....)

(.....)

KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA SEMARANG

SURAT PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan PERSETUJUAN untuk dilakukan tindakan medis berupa : untuk dilakukan terhadap : Diri saya / Suami / Istri / Anak / Ibu / Bapak saya :

Yang bernama :
Umur / Kelamin :
Alamat :

Ruang / Poli :
No. RM :

Yang bersifat dan tujuan tindakan medis tersebut telah dijelaskan sepenuhnya oleh dokter dan saya sudah mengerti sepenuhnya.

Mengetahui
Saksi / Dokter / Perawat

Semarang, 20
Yang membuat Pernyataan

(.....)

(.....)