

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : SUHARIYANTO Tanggal Lahir : 1972-06-15 (L) No. RM : 104113
---	--	---

PERNYATAAN PERSETUJUAN TINDAKAN HAEMODALISA

PERNYATAAN PERSETUJUAN TINDAKAN HAEMODALISA

RM 1.10/PTH/Rev.00/IX/2017

Yang Bertandatangan dibawah ini, saya

Nama :

Umur : Laki-laki/Perempuan*

Alamat :

Dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan _____
terhadap sata.

Nama :

Umur : Laki-laki/Perempuan*

Alamat :

No RM :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya/..... saya*, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : SUHARIYANTO Tanggal Lahir : 1972-06-15 (L) No. RM : 104113
---	---	--

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung keapda Izin Tuhan Yang Maha Esa.

Tebing Tinggi, Tanggal.....Jam.....

NO	Tgl	Disetujui Oleh Tanda Tangan	Saksi Keluarga Tanda Tangan	Dokter Tanda Tangan	Petugas Tanda Tangan	Keterangan
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						