



**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK  
 (INFORMED CONSENT)**

NOMOR : 035/du.pus/ TAHUN : 2023

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
 Umur : .....  
 Alamat : .....  
 Pekerjaan : .....

Setelah mendapatkan penjelasan dan pengertian mengenai penyakit dan tindakan medis yang akan dilakukan serta segala resiko yang bisa terjadi, maka secara penuh kesadaran saya menyatakan setuju/tidak setuju untuk dilakukan tindakan .....

Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan penyakit maupun tindakan tersebut maka saya akan menerima dan tidak akan menuntut ke jalur hukum.  
 Demikian pernyataan ini saya buat, agar dapat dipergunakan sebaik-baiknya.

Banjarnegara, 7 April 2023  
 Pukul ... WIB

Pelaksana,  
 \* Dokter/Perawat/Bidan

Saksi :

1. ....
2. ....
3. ....

Yang membuat pernyataan,