

**LRM. 3**

**SURAT PERSETUJUAN / PENOLAKAN RAWAT INAP**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ………………………………………………………………………………...................................................

Tgl. Lahir : …………………………………………………., Laki – laki/ Perempuan \*)

Alamat : ………………………………………………………………………………...................................................

Bukti diri : KTP/ SIM \*) Nomor : ………………………………………………………………………………………………

No. Telp : ………………………………………………………………………………...................................................

Sebagai diri sendiri/ Istri/ Orang Tua Kandung/ Anak/ Wali \*) dari pasien.

Nama : ………………………………………………………………………………...................................................

Tgl. Lahir : …………………………………………………., Laki – laki/ Perempuan \*)

Alamat : ………………………………………………………………………………...................................................

No. RM : ………………………………………………………………………………...................................................

Bukti diri : KTP/ SIM \*) Nomor : ………………………………………………………………………………………………

Setelah mendapatkan penjelasan secara terinci dari Dokter/ Petugas kesehatan di Klinik Rawat Inap dan Klinik Bersalin Afifa menegenai pemeriksaan, pengobatan dan perawatan serta tindakan medik lainnya yang akan dilaksanakan terhadap Saya / Keluarga saya \*), dengan segala akibat sampingan yang mungkin terjadi, maka dengan ini saya menyatakan : SETUJU / TIDAK SETUJU\*) Untuk Rawat Inap.

1. Memberi wewenang kepada Dokter/Perawat/Bidan yang ada di Klinik Rawat Inap dan Klinik Bersalin Afifa untuk memberikan /melakukan pemeriksaan, perawatan, pengobatan dan tindakan medik lainnya berdasarkan indikasi penyakitnya.
2. Saya sanggup dan bersedia untuk melunasi segala biaya yang diperlukan untuk keperluan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan serta tindakan medis lainnya yang sesui dengna Ruangan/Kelas yang disedakan.

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

Sidoarjo, ……………………………………..

Yang Membuat Pernyataan

( )

Dokter

( )

Saksi

( )

Rev. 01.2022

\*) Coret yang tidak perlu