



KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN

“AFIFA”

DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO
Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772

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 mengenai 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.

- 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.
- Saya sanggup dan bersedia untuk melunasi segala biaya yang diperlukan untuk keperluan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan serta tindakan medis lainnya yang sesuai dengan Ruang/Kelas yang disediakan.

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

Sidoarjo,

Perawat

Dokter

Yang Membuat Pernyataan

() () ()