



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, .....

Saksi

Dokter

Yang Membuat Pernyataan

( ) ( ) ( )

\*) Coret yang tidak perlu