Nama Dokter : ……
Nomor SIP : ……

PERNYATAAN PERSETUJUAN
OPERASI / TINDAKAN MEDIS

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : …….
Umur : ..... tahun Jenis kelamin : laki-laki/perempuan
Alamat : .....
.....
.....

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa .....
Terhadap diri saya sendiri/istri/suami/anak/ibu saya, dengan
Nama : .....
Umur : .....
Alamat : .....
No. RM : .....

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medis tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkan telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.
Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Surabaya,

Dokter Yang membuat pernyataan

(.....) (.....)

Saksi

(.....)

REKAM MEDIK

Nama Dokter : ……
Nomor SIP : ……

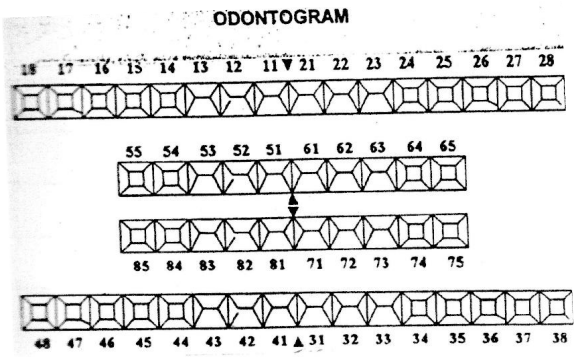
No. File : .....

DATA PASIEN:

1. Nama :
2. Tempat/Tgl lahir :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
4. Pekerjaan :
5. Alamat Rumah :
6. Telepon Rumah :
7. Alamat Kantor :
8. Telepon Kantor :
9. Telepon Genggam :

DATA MEDIK YANG PERLU DIPERHATIKAN:

1. Golongan Darah :
2. Tekanan darah normal : ..... / ..... Hypertensi / Hypotensi / Normal
3. Penyakit Jantung : Tidak Ada / Ada
4. Diabetes : Tidak Ada / Ada : .....
5. Haemophilia : Tidak Ada / Ada
6. Hepatitis : Tidak Ada / Ada : .....
7. Penyakit lainnya : Tidak Ada / Ada : .....
8. Allergi terhadap obat-obatan : Tidak Ada / Ada : .....
   ....
9. Allergi terhadap makanan : Tidak Ada / Ada : .....
   ....



Occulusi : Normal Bite / Cross Bite / Steep Bite
Torus Palatinus : Tidak ada / Kecil / Sedang / Besar / Multiple
Torus Mandibularis : Tidak Ada / Sisi Kiri / Sisi Kanan / Kedua Sisi
Paltum : Dalam / Sedang / Rendah
Supernumery Teeth : Tidak Ada / Ada : .....
Diasterna : Tidak Ada / Ada : .....
Gigi Anomali : Tidak Ada / Ada : .....
Lain – lain : .....

Tanggal Pencatatan Data : .....
Tanda Tangan : .....

Tanggal	Gigi	Keluhan / Diagnosa	Perawatan	Paraf