

INFORMED CONSENT SUBJEK LAPORAN KASUS

Bersama dengan ini, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : 

Tempat Tanggal Lahir : 28 Juni 2000

Nomor Rekam Medis : 

Telah menerima penjelasan dari dr. Gita Vita Soraya dan dengan penuh kesadaran menyatakan kesediaan data perawatan saya untuk digunakan dalam laporan kasus demi kepentingan dan kepentingan pendidikan dan kemajuan ilmu kedokteran. Saya juga mengerti bahwa para dokter dalam mempublikasikan laporan kasus perawatan saya akan senantiasa berusaha untuk tetap menjaga kerahasiaan data dan privasi saya.

Pernyataan ini saya buat secara sukarela dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

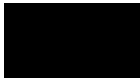
Makassar, 10 - 09 - 2021

Penulis

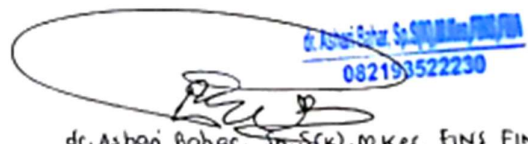


dr. Gita Vita Soraya

Pasien



Dokter Penanggungjawab Pasien



dr. Ashani Bahar, Sp-SCx, M.Kes, FINS, FINA