

INFORMED CONSENT SUBJEK LAPORAN KASUS

Bersama dengan ini, saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Al Indrans

Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 16-02-1976


Nomor Rekam Medis : 00538383

Telah menerima penjelasan dari Anthony Sungaya dan dengan penuh kesadaran menyatakan kesediaan data perawatan saya untuk digunakan dalam laporan kasus demi 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.

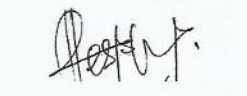
Pernyataan ini saya buat secara sukarela dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Cawt, 25-05 2018

Penulis


Anthony Sungaya

Pasien


Al Indrans

Dokter Penanggung Jawab Pasien


dr. Dewi A.R. Rivera, Sp PD