



RSJ Prof. Dr. SOEROJO
MAGELANG
Telp. (0293) 363601

No RM :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN VAKSINASI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tempat / Tanggal Lahir :

Nomor Pasport :

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Pekerjaan :

Alamat :

No Telp :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan,

PERSETUJUAN

Untuk diberikan vaksinasi : *meningitis / influenza* /*

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan vaksinasi tersebut diatas, serta resiko yang dapat ditimbulkan (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi) telah cukup dijelaskan dan telah saya mengerti semua.

Demikian pernyataan persetujuan/izin*) ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Magelang, 20

Saksi

Dokter/operator

Yang membuat keterangan

(.....)

(.....)

(.....)

*) coret yang tidak perlu