



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

No RM :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir :

FORMULIR PERWALIAN IZIN TINDAKAN VAKSINASI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No Telp :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan,

IZIN

Untuk diberikan vaksinasi : **meningitis / influenza** / *

Terhadap **suami/ istri / anak/ ayah / ibu** *) saya :

Nama :

Tempat Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)

Nomor Pasport :

Alamat :

No Telp :

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.

Saksi

Dokter/operator

Magelang, 20 ...
Yang membuat keterangan

(.....)

(.....)

(.....)

*) coret yang tidak perlu