 Informed Consent

**SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama  :

Jenis Kelamin(L/P)  :

Umur/Tgl Lahir  :

Alamat :

Telp :

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/\*sebagai orangtua/\*suami/\*istri/\*anak/\*wali dari :

Nama  :

Jenis Kelamin(L/P) :

Umur/Tgl Lahir  :

Alamat :

Telp :

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk melakukan wawancara dan pemeriksaan kesehatan dalam penelitian **“...........................”** dengan beberapa tidakan berupa anamneses, test lasegue, test Patrick dan MRI (jika diperlukan)

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan tindakan tersebut, serta kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Jember, ........................ 2022

Ketua Peneliti Yang membuat pernyataan,

………………………….. (…………………………………..)

 \*Coret yang tidak perlu