



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS MATESIH

Alamat: Jln. Raya TP Joko Songo Matesih Telp (0271) 66267
Web : puskesmatesih.karanganyarkab.go.id Email : puskesmasmatesih@gmail.com
Kode Pos : 57781

SURAT PERSETUJUAN RUJUKAN

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama :
Umur :
Alamat :

Mewakili *orangtua/anak/..... kami, dengan identitas sebagai berikut :

Nama :
Umur :
Alamat :

No	Jenis Informasi	Belum Disampaikan	Sudah Disampaikan
1	Diagnosa dan terapi penyakit		
2	Alasan dan tujuan dirujuk		
3	Resiko penyakit		
4	Transportasi rujukan		
5	Resiko/penyulit selama perjalanan		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari petugas sebagaimana di atas kemudian saya beri tanda ✓ di kolom kanannya dan telah memahaminya			
Bila pasien tidak kompeten atau tidak mampu menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			

Kami telah mendapatkan penjelasan mengenai alasan dilakukan rujukan, kemungkinan yang terjadi selama rujukan dan resiko rujukan tidak dilakukan. Dengan ini menyatakan bahwa kami **MENYETUJUI** untuk dilakukan rujukan terhadap *diri saya sendiri / orangtua / anak /untuk dirujuk ke RS

(Lingkari RS yang dipilih)

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| a. RSUD Karanganyar | d. RS Hermina Surakarta |
| b. PKU Muhammadiyah Karanganyar | e. RS Dr Oen Surakarta |
| c. RS Jati Husada Karanganyar | f. RS Kustati Surakarta |
| g. RS lain | |

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa paksaan siapapun.

Petugas

Matesih.....

Pasien / wali

Saksi I

Saksi II