

FAKULTAS KEPERAWATAN-UNIVERSITAS PELITA HARAPAN

**PERMOHONAN IZIN UNTUK PENGGUNAAN INFORMASI KESEHATAN UNTUK
STUDI KASUS PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Nama Mahasiswa dan NIM:

1. Anesya Aprilya Nahumury (NIM: 01503210181)
2. Agnes Ardhia Garini (NIM: 01503210281)
3. Antonia Niken Rillya Aruan (NIM: 01503210164)

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i

Kami, mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan, mengajukan permohonan izin untuk menggunakan informasi kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk tujuan pembelajaran dan studi kasus yang dapat memberikan manfaat pembelajaran kepada mahasiswa dan tenaga kesehatan khususnya perawat. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i menyetujui dan mengizinkan kami menggunakan isi rekam medis untuk studi kasus ini, kami akan memerlukan akses terhadap beberapa informasi seperti: usia, kondisi medis, hasil laboratorium dan diagnostik lainnya, serta obat-obatan yang didapat selama perawatan.

Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk persetujuan izin ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/i bebas untuk menyatakan tidak, tanpa ada dampak apapun terhadap penanganan perawatan saat ini atau kedepannya. Meskipun Bapak/Ibu/Saudara/i tidak mendapatkan manfaat secara langsung dengan pemberian izin ini, informasi yang ada akan membantu mengembangkan pemahaman kami akan manajemen perawatan pasien.

Privasi dan Kerahasiaan

Privasi Bapak/Ibu/Saudara/i akan kami hormati dan kami akan memberikan upaya perlindungan informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan. Hanya nama mahasiswa yang disebutkan diatas yang akan memiliki akses untuk informasi yang mengidentifikasi Bapak/Ibu/Saudara/i. Semua data yang akan kami gunakan dalam studi ini akan dideidentifikasi,

PERNYATAAN IZIN (*CONSENT STATEMENT*)

- Saya telah membaca (atau seseorang membacakannya untuk saya) informasi dalam formulir persetujuan izin ini.
- Saya memahami tujuan, prosedur, dan risiko serta manfaat studi kasus ini
- Saya sudah diberikan waktu untuk berpikir sebelum memberikan persetujuan ini
- Saya memiliki kesempatan untuk bertanya dan menerima jawaban yang memuaskan
- Saya memahami bahwa saya bebas untuk mundur dari studi ini kapan saja dan dengan alasan apapun, dan keputusan ini tidak akan berdampak pada perawatan saya
- Saya memberikan izin untuk menggunakan informasi saya untuk studi kasus ini sesuai dengan kebutuhan yang sudah disampaikan dalam formulir ini

Tanggal: 23 Mei 2022

(Bapak/ ~~Hu~~ K Inisial Pasien)



Tanda tangan