

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM001591
Nomor Konsultasi : APN1815
Perihal : setuju

, 15 November 1989

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : khaerunnida
Jenis Kelamin(L/P) : Perempuan
Umur : 30
Alamat : perum
gading
Telp : 08174874323

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/*sebagai orang tua/*suami/*istri/*anak/*walidari:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : khaerunida
Jenis Kelamin(L/P) : F
Umur/Tgl Lahir : 31
Alamat : perum gading
Telp : 08127821729018

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk dilakukan Tindakan Medis berupa **setuju**. Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit tersebut, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinana pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Dokter/Pelaksana,



Yang membuat pernyataan,

khaerunida