

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM000037
Nomor Konsultasi : APN14
Perihal : test

, 24 April 1964

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lilis Nuraenah
Jenis Kelamin(L/P) : Perempuan
Umur : 55
Alamat :
Telp : 081112345678

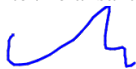
Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/*sebagai orang tua/*suami/*istri/*anak/*walidari:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : test
Jenis Kelamin(L/P) : M
Umur/Tgl Lahir : 20
Alamat : test
Telp : 432432423

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

Dokter/Pelaksana,



Yang membuat pernyataan,



test