

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM001621
Nomor Konsultasi : APN1891
Perihal : setuju

, 20 Maret 1993

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dede
Jenis Kelamin(L/P) : Perempuan
Umur : 27
Alamat : Selaawi
Telp : 088213157459

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dede
Jenis Kelamin(L/P) : F
Umur/Tgl Lahir : 27
Alamat : selawai
Telp : 88213157457

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,


dede