

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM000033
Nomor Konsultasi : APN11
Perihal : test

, 19 Februari 1987

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : muhammad
rahmatullah
Jenis Kelamin(L/P) : Laki - laki
Umur : 33
Alamat :
Telp : 85659517179

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 : 23
Alamat : test
Telp : 1245

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 kemungkinana pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Dokter/Pelaksana,



Yang membuat pernyataan,



test