

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM000921
Nomor Konsultasi : APN1524
Perihal : setuju

, 17 Agustus 1979

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : herlinda
Jenis Kelamin(L/P) : Perempuan
Umur : 40
Alamat : jlnb
pembangunan
Telp : 085722058416

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : herlinda
Jenis Kelamin(L/P) : F
Umur/Tgl Lahir : 31
Alamat : jl
bhayangkara
Telp :

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,



herlinda