

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM000540
Nomor Konsultasi : APN592
Perihal : Dina

, 6 Februari 1987

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dina Febriani
Jenis Kelamin(L/P) : Perempuan
Umur : 33
Alamat : kp rambay
wetan
Telp : 089605305326

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dina
Jenis Kelamin(L/P) : F
Umur/Tgl Lahir : 23
Alamat : Dina
Telp : 1121212

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk dilakukan Tindakan Medis berupa **Dina**. 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,



Dina