

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : 01903000001
Nomor Konsultasi : APN5
Perihal :

, 16 April 1989

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adi Permadi
Jenis Kelamin(L/P) : Laki - laki
Umur : 31
Alamat : Sekeawi
Telp : 0818626991

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

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Jenis Kelamin(L/P) :
Umur/Tgl Lahir :
Alamat :
Telp :

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