

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Nomor Pasien : RM000027
Nomor Konsultasi : APN1
Perihal : fsdfsdfd

, 9 September 1990

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nike
Angraeni
Jenis Kelamin(L/P) : Perempuan
Umur : 29
Alamat :
Telp : 0897658990

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) :
Umur/Tgl Lahir : 33
Alamat : test
Telp : 0981711111313

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