

Nomor Surat : INFCONS//04/2018/0015

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : INDAH SARI TEST
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: MEDAN / 09 August 1997
Umur : 20 Tahun
Alamat : JL. RAYA 09
Telp : 0897675577655

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
kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai phpenjelasan yang diberikan.

bandung, 18 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

drg. Christina Anggun Jaya**INDAH SARI TEST**