

Nomor Surat : INFCONS/AR2601/04/2018/0013

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : LUTFI AZIZAH
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 10 August 1994
Umur : 23 Tahun
Alamat : JL. MARZUKI 8, RT10/RW14, PENGGILINGANCAKUNG,
Telp : KOTA JAKARTA TIMUR 13940DKI JAKARTA
085693947733

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 penjelasan yang diberikan.

Jakarta, 16 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Amenah

LUTFI AZIZAH