

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0033

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : RINA TEST
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 02 March 1994
Umur : 24 Tahun
Alamat : JL MENTENG RAYA
Telp : 0989689558326

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, 20 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya Albar**RINA TEST**