

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0038

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ABRAHAM
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 23 October 1998
Umur : 19 Tahun
Alamat : JL BEJI TIMUR
Telp : 085767466733

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.

kimia farma, 20 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya AlbarABRAHAM