

Nomor Surat : INFCONS/AR2601/04/2018/0009

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : TUTI ASTUTI
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 12 December 1990
Umur : 27 Tahun
Alamat : GAJAH KUNING II/102
Telp : 081227335070

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.

semarang, 16 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya Albar

TUTI ASTUTI