

Nomor Surat : INFCONS/AR2601/04/2018/0025

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : RINA
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: BANDUNG / 21 May 1887
Umur : 130 Tahun
Alamat : BGRA
Telp : 1322345

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, 19 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Devi Anneta

RINA