

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0032

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ALDI
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 30 September 1997
Umur : 20 Tahun
Alamat : LENTENG AGUNG
Telp : 0877564634732

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.

jakarta, 20 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya AlbarALDI