

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0001

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : TEST POS
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 11 December 1990
Umur : 27 Tahun
Alamat : JALAN RAYA PENGKILINGAN
Telp : 085693947733

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, 15 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya AlbarTEST POS