

Nomor Surat : INFCONS/AR2601/04/2018/0019

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ARYO
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 22 August 1994
Umur : 23 Tahun
Alamat : CINERE INDAH
Telp : 087463563425

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. Yahya Albar

ARYO