

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0037

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ANGGA
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tempat / Tanggal Lahir: BANDUNG / 12 September 1993
Umur : 24 Tahun
Alamat : JL RAYA SAWAH BESAR
Telp : 08978675434

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 AlbarANGGA