

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0002

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : PASIEN TEST
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: KEDIRI / 01 January 1990
Umur : 28 Tahun
Alamat : JL. DISINI AJA
Telp : 081111234342

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 AlbarPASIEN TEST