

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0036

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : LALUNA
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 10 August 1993
Umur : 24 Tahun
Alamat : DUREN SAWIT PERMATA 10
Telp : 087664533636

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.

Tangerang, 20 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya AlbarLALUNA