

Nomor Surat : INFCONS/AR0601/04/2018/0032

---

**SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS**

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat / Tanggal Lahir: / 01 January 1970  
Umur : 0 Tahun  
Alamat :  
Telp :

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.

, 15 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan