

Nomor Surat : INFCONS/AR2601/04/2018/0017

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : JUAN TEST
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tempat / Tanggal Lahir: BANDUNG / 31 December 1980
Umur : 37 Tahun
Alamat : JL. CIDOLOG 675
Telp : 0816547465

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, 18 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya AlbarJUAN TEST