

Nomor Surat : INFCONS/AR0401/04/2018/0003

---

**SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS**

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : GRASIA  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Tempat / Tanggal Lahir: SEMARANG / 11 December 1990  
Umur : 27 Tahun  
Alamat : BAKI RAYA  
Telp : 57657657565

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

**GRASIA**