

Nomor Surat : INFCONS/AR2601/04/2018/0021

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : KARO
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Tempat / Tanggal Lahir: JAKARTA / 11 December 1999
Umur : 18 Tahun
Alamat : JL CIPAYUNG INDAH
Telp : 089756465464

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, 19 April 2018

Dokter Pelaksana

Yang membuat pernyataan

dr. Yahya Albar

KARO