PERSETUJUAN TINDAKAN KEDO	OKTERAN	1
Yang bertanda tangan dibawah ini saya : 1. Nama : Yoga Swat I ://arti/anak /ayah /ibu*	*, lain-lain	L
the burgan pasient pasien sendiri / siyami/isu i/una	min : Laki-laki / Perempuan	_
Tgl lahir/umur : 81 tahun, jenis kelani Alamat : 11. Bunsa conte s 15 Ctiver	- Coperation	Dr. I
Dengan Ini Menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan/ pen	gobatan	Peni NO.
terhadap saya/ keluarga saya : No. RM		1.
II. Nama Pasieri	un, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan	
ill Runga cente w 15 cinere	apale solar.	3.
Alamat : Ut GUTT		5.
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan sebagaimana tela	ah dijelaskan seperti di atas kenah.	
	mpas j	0
termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanla	ah ilmu pasti, maka keherhasilan in	1
kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepad		
kedokteran bukanian keniscayaan, melalikan sangat bergantung kepat	7.	R
m. F	ng cos	
Hari Nab Tanggal 06 12 23 Pukul	8.	Ko
	1	
'ang menyatakan * Saksi		
1		
11/1/17:	9	Pro
y was	10/2/18 10	Alter
1 Maya 1	_ (ons = 11	Lain-
	Denga	an ini i
ev. 2, Agustus 2020	kesem	patan

REDMI NOTE 11 | AL-FATIH 😎 😎

11/12/2023

Dengan ini me yang seya ber memahaminya