

SURAT PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mr. Meila (L/P)
Umur / Tgl Lahir : 20 th.
Alamat : Siddad
Telp. : 08580495232

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri / sebagai orang tua / suami / istri / anak / wali dari :

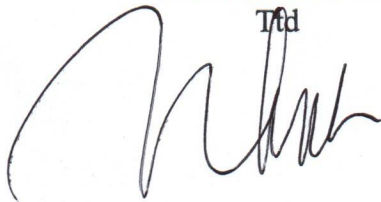
Nama : (L/P)

Umur / Tgl Lahir :

Dengan ini menyatakan ~~SETUJU/MENOLAK~~ untuk dilakukan Tindakan Medis berupa Pengisian Questioner & pemeriksaan fisik dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit tersebut, harta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

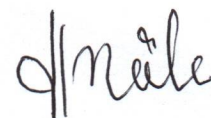
Banjarbaru, 3-5-2019

Dokter/Pelaksana,
Ttd



(.....)

Yang membuat pernyataan,
Ttd



(.....)

*Coret yang tidak perlu