



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 14 ☎ 0411-513127-50016-Fax. 0411-587256, Makassar

Formulir Pulang Atas Permintaan Pasien

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- Nama Pasien / Keluarga : Muhammad Thoria Al Amin / Dwi Utari Jabbar
- Tanggal Lahir / Umur : 17-09-2022 / 18-12-1993

Dengan ini menyatakan permintaan untuk menghentikan perawatan / pengobatan

(keduanya atau *coret* salah satu) dan pulang atas permintaan sendiri.

di rawat di rumah saja karena agak enak m prasaannya.

Saya telah mendapatkan penjelasan tentang :

- Hak saya untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan
- Tentang konsekuensi dari keputusan saya
- Tentang tanggung jawab saya dengan keputusan tersebut
- Tentang tersedianya alternative pelayanan dan pengobatan

Dan Saya tidak menuntut pihak Rumah Sakit atau siapa pun juga akibat dari keputusan saya pulang atas permintaan sendiri.

Pasien

saksi

Perawat

Jui
(Thoria / Dwi) Utari
Tanda tangan dan nama terang

M. Amin M. Nur
(M. AMIN M. NUR)
Tanda tangandan nama terang

Agustina
(AGUSTINA...)
Tanda tangan dan nama terang

Yang menyatakan *

Saksi:

02.02

Jui
(Dwi Utari jabbar)

M. Amin M. Nur
(M. AMIN M. Nur)