

 Dharma Nugraha	RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37	LABEL IDENTITAS PASIEN
--	--	------------------------

PULANG ATAS PERMINTAAN PASIEN/ PENGHENTIAN PENGOBATAN/ PERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____, Tanggal Lahir : _____

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami / istri / anak / ayah / ibu, *lain-lain _____

Alamat : _____

Dengan ini menyatakan Pulang Atas Permintaan Pasien (Menghentikan perawatan/ pengobatan):

Nama Pasien : _____ Tgl Lahir : _____ No RM :

Ruang / Kelas Perawatan : _____

Dengan ini menyatakan permintaan untuk menghentikan **perawatan / pengobatan/ dan atau Pulang permintaan atas permintaan sendiri.**

Saya telah mendapat penjelasan dari dokter terkait hak saya untuk menolak dan tidak melanjutkan perawatan / pengobatan, tentang:

1. Konsekwensi dari keputusan yang saya ambil.
2. Tanggung jawab keputusan keputusan yang diambil dan tidak akan menyalahkan pihak rumah sakit/ dokter.
3. Rumah sakit memberikan alternatif pelayanan dan pengobatan di _____

Demikianlah permintaan pulang atas permintaan sendiri/ menghentikan perawatan/ pengotan yang saya buat saya akan bertanggung jawab terhadap apapun dari keputusan saya.

Dokter Yang Menerangkan

Saksi

_____,
Yang Membuat Pernyataan

(_____)

(_____)

(_____)