



**FORMULIR PENOLAKAN TINDAKAN / PENGOBATAN ATAU PULANG ATAS
PERMINTAAN SENDIRI (APS)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama/Umur : / tahun, laki-laki/perempuan

Alamat :

No. KTP/SIM/ID :

Dengan ini saya menyatakan :

- ☐ Menolak rencana asuhan / tindakan medis
- ☐ Meminta pulang atas permintaan sendiri
- ☐ Menolak melanjutkan pemberian obat-obatan

Terhadap saya /suami/istri/anak/keluarga saya

Nama/Umur : / tahun, laki-laki/perempuan

No. RM :

NIK :

Alasan :

.....
.....
.....

Meskipun asuhan medis yang diberikan belum selesai / belum lengkap.

Pernyataan ini saya buat dalam kondisi sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Saya bertanggung jawab penuh atas resiko-resiko yang mungkin terjadi akibat keputusan yang saya ambil

.....,/..... 20.....

Saksi 1

Saksi 2

Pasien / Keluarga

.....