



**FORMULIR PENOLAKAN PELAYANAN RESUSITASI / PENUNDAAN / PELEPASAN
BANTUAN HIDUP DASAR (DO NOT RESUCITATE / DNR)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Alamat :

No. KTP/SIM/ID :

Dengan ini saya menyatakan :

- ☐ Menolak Pelayanan Resusitasi
- ☐ Menunda Bantuan Hidup Dasar
- ☐ Melepas Bantuan Hidup Dasar

Terhadap saya /suami/istri/anak/keluarga saya

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

No. RM :

Alasan:

.....

.....

Meskipun asuhan medis yang diberikan belum selesai / belum lengkap.

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

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

Saksi 1

Saksi 2

Pasien / Keluarga

.....

.....

.....