

RM 15

**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/keluaga 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