

RM 14

**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/keluaga saya

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

No. RM :

NIK :……………………………………………………………………………………………...

Alasan :

Meskipun asuhan medis yang diberikan belum selesei / 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