

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : JUMADI Tanggal Lahir : 1981-06-11(L) No. RM : 138976
---	--	--

TESTING DAH

FORM TEST
TESTINGG DAH

SURAT PERNYATAAN PENOLAKAN PENGOBATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Tanggal Lahir / Umur : _____

Alamat : _____

Dengan ini menyatakan :

PENOLAKAN PENGOBATAN berupa
.....

TINDAKAN KEDOKTERAN / KEPERAWATAN berupa
.....

terhadap :

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : JUMADI Tanggal Lahir : 1981-06-11(L) No. RM : 138976
---	--	---

Saya / _____ ASDAD _____ saya* (L/P)

Bernama : _____

Tanggal Lahir / Umur : _____

No. Rekam Medis : _____

Alamat : _____

Saya memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut