



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
 RSUD Batu Bara
 Jalan Datuk Bahau Batu Bara, Kwala Gunung
 Kecamatan Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08c

Nama : L/P
 Tgl. Lahir:
 No. RM :

PERNYATAAN PENOLAKAN PELAYANAN/ PENGOBATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :
 Umur : Tahun
 Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan
 Alamat :

dengan ini menyatakan PENOLAKAN PELAYANAN :
 Terhadap saya/Suami/isteri/anak/..... saya*

Nama :
 Tgl lahir/Umur :
 Alamat :

Saya telah memahami perlunya dan manfaat pengobatan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya pengobatan tersebut.

di Kwala Gunung,, Jam :

Yang menyatakan,

Saksi,

(.....)

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BATU BARA

Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung Kec. Lima Puluh, 21255

PERSETUJUAN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI (PAPS)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Hubungan dgn Pasien Kakek/ Nenek Suami/ Istri
 Anak/ Sepupu/ Dll

Nama Pasien :

Tgl. Lahir Pasien :

J. Kelamin Pasien :

Alamat Pasien :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Dengan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun meminta kepada pihak **RSUD Batu Bara** untuk **PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI** yang merupakan hak saya/pasien dengan alasan :
2. Saya telah memahami sepenuhnya penjelasan yang diberikan dari pihak **RSUD Batu Bara** mengenai penyakit dan kemungkinan/konsekuensi terbaik sampai dengan terburuk atas keputusan yang saya ambil. Serta saya bertanggung jawab apabila terjadi sesuatu hal berkaitan dengan putusan yang telah diambil dan tidak akan menyangkutpautkan/menuntut pihak **RSUD Batu Bara**.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya perbuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan digunakan sebagaimana mestinya.

Dokter yang merawat

Kwala gunung,

20

Pasien/Keluarga

(_____)

Nama Jelas

(_____)

Nama jelas

NB : Menurut PERMENKES NO. 28 Thn 2014 BAB IV Poin A disebutkan bahwa Untuk Penjaminan Pasien Pulang Rawat Inap Atas Pemintaan Sendiri (Pulang Paksa) maka ;

Apabila Pasien tsb Rawat Inap Kembali dalam waktu 7 hari dengan diagnosis yang sama baik pada RS yg sama maupun RS yang berbeda dan yang masuk melalui IGD maupun POLI Rujukan maka **TIDAK DIJAMIN BPJS KESEHATAN.**