



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08c

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

PERNYATAAN PENOLAKAN PELAYANAN/ PENGOBATAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

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

Alamat:

derigan 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.

[Kwala Gunung,, Jam :

Yang menyatakan,

Saksi,

(.....)

(.....)