



RUMAH SAKIT ABDI WALUYO

Persetujuan Pasien Untuk Memberikan Informasi Medis

Nomor MR : Nomor EN :

Nama Pasien : No Telp :

Alamat Email :

Tanggal Perawatan : Sampal dengan :

Dengan ini saya meminta salinan Informasi Medis berikut ini :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rekam Medis Lengkap | <input type="checkbox"/> Laporan Cardiology (PFT, Stress Test, Echo) |
| <input type="checkbox"/> Evaluasi Medis | <input type="checkbox"/> Laporan Medical Imaging |
| <input type="checkbox"/> Laporan Operatif | <input type="checkbox"/> Laporan Pathology |
| <input type="checkbox"/> Ringkasan Debit | <input type="checkbox"/> Hasil Laboratorium |
| <input type="checkbox"/> History & Physical Exam | <input type="checkbox"/> Hasil Antenatal 1 & 2 |
| <input type="checkbox"/> Laporan Konsultasi | <input type="checkbox"/> Surat |
| <input type="checkbox"/> Medical Imaging CD (X Rays, PET Scans, CT Scans, Mammography, dll.) | |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

Informasi ini akan diberikan kepada :

- ✓ Nama :
- ✓ Telepon :
- ✓ Email :
- Hubungan :

Saya memberi kuasa Informasi ini akan diberikan melalui :

Persetujuan ini berlaku selama tiga puluh hari sejak tanggal penandatanganan namun otorisasi ini dapat dicabut secara tertulis setiap saat sebelum habis masa berlakunya. Dengan ditandatangani, mereka menyetujui agar informasi medis diberikan dan fasilitas yang dimiliki oleh karyawan dan fisiknya dilepaskan dari tanggung jawab hukum atau pertanggungjawaban apapun untuk memberikan informasi di atas sampai batas yang ditunjukkan dan disahkan disini

✓
✓

Tandatangan Pasien
Tanggal
Staff Rumah Sakit

Harap dicatat bahwa permintaan Anda akan diproses secepat mungkin. Mohon menunggu sampai dengan tiga hari kerja agar permintaan anda diproses.

Jika Ada : FAX Kepada : Fax No : Konfirmasi Penerima :	Jika Ada : Kepada : Alamat :
ID Pasien : Tanggal Diterbitkan : Diterbitkan Oleh :	