

## SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : \_\_\_\_\_  
No. KTP/SIM/PASSPORT : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
No. Telp. : \_\_\_\_\_

Selaku Pasien / Orang tua Pasien / Wali \*) ( hubungan dengan pasien ..... ) dari :

Nama : \_\_\_\_\_  
No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_  
No. KTP/SIM/PASSPORT : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
No. Telp. : \_\_\_\_\_

Dengan ini memberi kuasa kepada RS. Mitra Keluarga .....<sup>CIKARANG</sup>..... untuk melepaskan informasi medis saya/  
pasien tersebut diatas berupa :

- Resume Medis RI / RJ \*) tanggal \_\_\_\_\_
- Hasil Pemeriksaan Penunjang \_\_\_\_\_
- Pengisian formulir asuransi ( sebutkan) \_\_\_\_\_ Tgl. berobat \_\_\_\_\_
- Visum et Repertum RI / RJ tanggal \_\_\_\_\_
- Lain-lain (sebutkan) \_\_\_\_\_

Untuk keperluan :

- Konsultasi ke dr/RS lain (sebutkan) \_\_\_\_\_
- Klaim Perusahaan / Asuransi (sebutkan) \_\_\_\_\_
- Keperluan Hukum
- Lain-lain (sebutkan) \_\_\_\_\_

Atas segala hal yang terjadi dikemudian hari atau adanya tuntutan hukum sehubungan dengan pelepasan informasi medis ini, maka saya akan bertanggung jawab penuh dan membebaskan RS. Mitra Keluarga .....<sup>CIKARANG</sup>..... terhadap tuntutan hukum dari pihak manapun.

.....,

Pemohon

Petugas Rekam Medis

.....

Tanda Tangan dan Nama Jelas

.....

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Ket. : \*) = Coret yang tidak perlu

Cat. :

1. Pasien/orang tua/wali wajib menyerahkan FC KTP untuk dilampirkan dengan formulir ini.
2. Surat pelepasan informasi medis ini diisi oleh pasien/orang tua/wali yang bersangkutan, jika diwakilkan harus ada surat kuasa dari pasien/orang tua/wali yang bersangkutan.
3. Pasien usia <18 th dapat di wakilkan oleh orang tua.

MK/F/RM-11/01.15/01

No/Bln/Thn.