



PERNYATAAN PELEPASAN HAK ATAS INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan, memberi kuasa kepada Dokter dan / atau RS. National Hospital Surabaya untuk memberikan keterangan tertulis dari Rekam Medis diri saya sendiri / suami / istri / anak / ayah / ibu saya / saudara kandung (*) saya yaitu :

Nama :

Tgl. Lahir : Umur : Jenis kelamin : Laki- laki / Perempuan

Alamat :

No. RM :

Periode Perawatan : s/d

Untuk Keperluan :

Dengan pernyataan ini saya melepaskan segala tuntutan hukum apapun terhadap RS. National Hospital Surabaya dalam ruang lingkup hukum perdata maupun pidana, dan saya akan bertanggung jawab sepenuhnya akibat dibukanya rahasia medik tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut Dokter / RS. National Hospital Surabaya / Dokter yang merawat, di kemudian hari.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa unsur paksaan dari pihak manapun, sehingga pernyataan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, - -

Yang membuat pernyataan

(.....)

Nama dan tanda tangan pasien

NB : *) coret yang tidak perlu