



Mohon Brlai  
up  
dr. Defayudina.

thx  
am

### SURAT PERNYATAAN PELEPASAN INFORMASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
No. KTP : .....  
Hubungan dengan pasien : ..... \*)

Dengan ini menyatakan, **MEMBERI IZIN** kepada **RSIA. KEMANG MEDICAL CARE** untuk memberikan informasi kesehatan pasien atas nama :

Nama Pasien : .....  
Tempat / Tanggal Lahir : .....  
No. Rekam Medis : .....

Kepada Pihak yang berkenaan \*\*) :

- Permintaan pasien sendiri
- Untuk kepentingan Asuransi / Perusahaan

Informasi yang diberikan adalah :

- Foto copy Resume Medis
- Foto copy hasil pemeriksaan penunjang
- Legalisir Surat Keterangan Kematian
- .....

Demikian Surat Pernyataan ini saya tanda tangan tanpa paksaan dan dalam keadaan sehat.

Jakarta, .....  
Yang Menyatakan

( )

\*) Bila pasien dibawah umur  
\*\*) Centang sesuai keperluan, Pemohon wajib melampirkan foto copy KTP



### TANDA TERIMA DAN BUKTI PENYERAHAN DOKUMEN

Telah terima permintaan pengurusan dokumen .....atas nama psn. ....

No. RM : .....

Mohon Tanda Terima dan Bukti Penyerahan Dokumen ini dibawa pada saat pengambilan dokumen.

Jakarta, .....

Petugas Rekam Medis,

( )