

Contoh



**Izin Pelepasan Data Medis**  
**Authorization to Release Medical Information**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

*The Undersigned below:*

Nama : ABC  
*Name*  
Keterangan : Pasien sendiri / Orang tua / Wali  
*Remark* *Patient / Parents / Guardian*

Dengan ini memohon Siloam Hospitals <sup>KJ</sup> untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien:  
*Hereby request Siloam Hospitals <sup>KJ</sup> to release (copy of) medical record data of:*

Nama : ABC  
*Name*  
No. MR : 00 - 00 - 002A  
*MR Number*  
Data medis yang diberikan :  Periode perawatan <sup>1/3</sup> hingga <sup>5/29</sup>  
*Medical data released applies to* *Hospitalization date ..... through .....*  
 Semua Informasi  
*All health care information*  
 Lain - lain: .....  
*Others*

Data medis tersebut diberikan kepada:  
*The medical record data will be given to*

ACURANGI ABC

Dokumen tersebut di atas akan digunakan untuk keperluan:  
*The document will be used for*

klaim asuransi

Yang bertanda tangan di bawah ini menjamin bahwa data medis ini akan digunakan sebagaimana dinyatakan dalam permohonan ini dan melepaskan Siloam Hospitals <sup>KJ</sup> dari segala tuntutan hukum yang ditimbulkan dengan adanya pelepasan informasi medis pasien

*The undersigned guarantees that the medical data will be used as stated in this application and release Siloam Hospitals <sup>KJ</sup> of any lawsuits caused by the release of patient medical information.*

J  
ABC  
Tanggal: 13 - 08 - 2024  
*Date*

**Izin Pelepasan Data Medis**  
**Authorization to Release Medical Information**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:  
*The Undersigned below:*

Nama : .....  
*Name*  
Keterangan : Pasien sendiri / Orang tua / Wali  
*Remark Patient / Parents / Guardian*

Dengan ini memohon Siloam Hospitals ..... untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien:  
*Hereby request Siloam Hospitals .....to release (copy of) medical record data of:*

Nama : .....  
*Name*  
No. MR : ..... - ..... - .....  
*MR Number*  
Data medis yang diberikan :  Periode perawatan ..... hingga .....  
*Medical data released applies to Hospitalization date ..... through .....*  
 Semua Informasi  
*All health care information*  
 Lain – lain: .....  
*Others*

Data medis tersebut diberikan kepada:  
*The medical record data will be given to*

.....  
Dokumen tersebut di atas akan digunakan untuk keperluan:  
*The document will be used for*

.....  
Yang bertanda tangan di bawah ini menjamin bahwa data medis ini akan digunakan sebagaimana dinyatakan dalam permohonan ini dan melepaskan Siloam Hospitals..... dari segala tuntutan hukum yang ditimbulkan dengan adanya pelepasan informasi medis pasien  
*The undersigned guarantees that the medical data will be used as stated in this application and release Siloam Hospitals ..... of any lawsuits caused by the release of patient medical information.*

\_\_\_\_\_  
Tanggal:  
*Date*

## SURAT KUASA

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

No. KTP : .....

Memberi kuasa kepada

Nama : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

No KTP : .....

Untuk keperluan pengambilan / pengajuan informasi medis atas nama .....

Asuransi.....

.....

.....

Demikian surat kuasa ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta,

Penerima Kuasa

Pemberi Kuasa

Materai Rp. 10.000

(.....)

(.....)