



RUMAH SAKIT ABDI WALUYO

Persetujuan Pasien Untuk Memberikan Informasi Medis

Nomor MR :

Nomor EN :

Nama Pasien :

No Telp :

Alamat Email :

Tanggal Perawatan :

Sampai dengan :

Dengan ini saya meminta salinan Informasi Medis berikut ini :

Rekam Medis Lengkap

Laporan Cardiology (PFT, Stress Test, Echo)

Evaluasi Medis

Laporan Medical Imaging

Laporan Operatif

Laporan Pathology

Ringkasan Debit

Hasil Laboratorium

History & Physical Exam

Hasil Antenatal 1 & 2

Laporan Konsultasi

Surat

Medical Imaging CD (X Rays, PET Scans, CT Scans, Mammography, dll.)

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 :	