RUMAH SAKIT DARMO SURABAYA

FORMULIR PELEPASAN INFORMASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Umur : ..... tahun Jenis Kelamin : ☐ Laki - laki ☐ Perempuan

Alamat rumah : .....

Telepon & HP : .....

Selaku penanggung jawab terhadap : ☐ Diri Sendiri ☐ Istri ☐ Suami ☐ Anak ☐ Ayah ☐ Ibu ☐ Kakek ☐ Nenek

Nama : .....

Umur : ..... tahun Jenis Kelamin : ☐ Laki - laki ☐ Perempuan

Alamat rumah : .....

Dengan ini saya menyatakan :

1. Memberikan **persetujuan dan kuasa** kepada Rumah sakit Darmo untuk memberikan keterangan dan informasi **tentang rahasia kesehatan/penyakit pasien** baik itu diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan selama perawatan di Rumah Sakit Darmo kepada anggota keluarga saya atau orang yang saya beri kuasa untuk itu, yaitu :
   a. .....
   b. .....
   c. .....
   d. .....
2. Memberikan **persetujuan dan kuasa** kepada Rumah sakit Darmo untuk memberikan keterangan dan informasi **tentang rahasia kesehatan/penyakit pasien** baik itu diagnosis, hasil pelayanan dan pengobatan selama perawatan di Rumah Sakit Darmo untuk memproses klaim :
   Perusahaan : .....
   Asuransi : .....
   Lain- lain : .....

Saya bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia medis tersebut dan saya tidak akan mengajukan tuntutan dalam bentuk apapun kepada dokter Rumah Sakit Darmo Surabaya di kemudian hari.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar - benarnya tanpa ada unsur paksaan dan tekanan dari pihak manapun untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, _____ 20 _____ Jam : _____wib

Yang membuat pernyataan

(_____)

Tanda tangan dan Nama terang