



--	--	--	--	--	--	--	--

**PERNYATAAN
PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Petunjuk pengisian :

NB : Peminta harus menunjukkan identitas/ bukti diri asli

Beri tanda √ pada jawaban yang dipilih

* Diisi oleh Pasien/ Peminta

** Diisi oleh Petugas Rumah Sakit

*** Coret yang tidak perlu

Saya yang bertandatangan dibawah ini :*

Nama : Laki-laki Perempuan

Umur : tahun

No. KTP/ Bukti Diri :

Alamat :

Telepon :

Dalam hal ini bertindak atas nama atau untuk mewakili : Diri sendiri/Suami/Istri/Anak/Orangtua/Keluarga***

Nama** : Laki-laki Perempuan

No. Rekam Medis ** :

Umur ** : tahun

Dengan ini menyatakan permintaan data medis, meliputi :*

- Resume Medis, Tanggal
- Hasil Pemeriksaan Laboratorium, No :
- Hasil Pemeriksaan Radiologi, No :
- Lain-lain,

Untuk Keperluan * : Asuransi Pribadi
 Jaminan Perusahaan Lain-lain

Dengan ini saya menyatakan tidak berkeberatan untuk melepaskan informasi medis atau informasi yang menyangkut segala sesuatu yang berhubungan langsung ataupun tidak langsung mengenai keadaan kesehatan saya/pasien tersebut diatas bila diperlukan, baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku dilingkungan Eka Hospital.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka dengan ini saya membebaskan Eka Hospital dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dengan menyadari sepenuhnya akibat hukum yang timbul dari pernyataan ini dan saya bertanggung jawab sepenuhnya.

Pekanbaru,
Yang membuat pernyataan,

(.....)
Nama & Tanda tangan

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____ L/ P
Usia : _____ tahun
No. Identitas : _____
Alamat : _____
Kecamatan : _____
Kota/Kab : _____
No. Telepon / Ponsel : _____ / _____

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

Nama : _____ L/ P
Usia : _____ tahun
No. Identitas : _____
Alamat : _____
Kecamatan : _____
Kota/Kab : _____
No. Telepon / Ponsel : _____ / _____

Untuk pengurusan Klaim Asuransi / Jaminan Perusahaan
(diisi dengan nama asuransi / perusahaan).

Demikian surat kuasa ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekanbaru, _____

Pemberi kuasa,

Penerima kuasa,

Materai 10000

(Nama & Ttd)

(Nama & Ttd)

- Mohon dilengkapi dengan Fotokopi KTP yang memberi dan diberi kuasa.
- Ditempel materai Rp. 10.000,- pada tanda tangan "Pemberi kuasa".

Lem Disini

Rekatkan :

Photo Copy KTP Pemberi Kuasa

Lem Disini

Rekatkan :

Photo Copy KTP Penerima Kuasa