

PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : _____
Usia : _____ Tahun
Jenis Kelamin: : Laki-laki Perempuan
Alamat : _____

Memberikan persetujuan kepada Rumah Sakit Grha Kedoya untuk memberikan :

Fotokopi : _____
Yang diperlukan untuk : _____

terhadap diri saya / Suami / Istri / Ayah / Ibu / Anak / Kakak / Adik saya * dengan identitas di bawah ini :

Nama : _____
Usia : _____ Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Alamat : _____

No. Rekam Medis : **9000** - - -

Jakarta _____ Pukul _____

Pasien / Yang Mewakili

Dokter yang Merawat

(_____)
Nama & Tanda Tangan

(_____)
Nama & Tanda Tangan

BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : _____
Alamat : _____

Menerima dari Rumah Sakit Grha Kedoya informasi medis dari pasien yang tersebut diatas.

Jakarta _____ Pukul _____

Yang Menerima

Petugas RM, Yang Memberi

(_____)
Nama & Tanda Tangan

(_____)
Nama & Tanda Tangan

SURAT PERMOHONAN

Kepada Yth,
Direktur RS. Grha Kedoya
Di Tempat

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : _____
Usia : _____ Tahun
Jenis Kelamin : _____
Alamat : _____
Hubungan dengan pasien : _____

Memohon Kepada RS. Grha Kedoya untum memberikan informasi medis, yaitu :

Resume Medis Rawat Jalan , Tanggal Berobat : _____
Resume Medis Rawat Inap, Tanggal dirawat : _____
Surat Keterangan _____
Hasil Penunjang, Tanggal : _____
Lainnya : _____

Yang diperlukan untuk : _____

Dengan identitas pasien :

Nama : _____
Usia : _____ Tahun
Jenis Kelamin : _____
Alamat : _____

No. Rekam Medis : 9000 - - -

Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir :

1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien
2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien
3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai
4. Fotokopi KTP yang mewakili

Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Jakarta, _____
Pemohon

(_____)
Nama Jelas & Tanda Tangan

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

No. KTP :

Alamat :

Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**, menyerahkan kuasa kepada :

Nama Lengkap : PT Asuransi Allianz Life Indonesia /(nama pegawai allianz)

No. KTP :

Alamat :

Dan selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA** untuk mengambil informasi medis saya dan menandatangani surat-surat yang berhubungan dengan pengambilan informasi medis tersebut.

Setiap resiko yang muncul akibat adanya surat kuasa ini secara penuh adalah tanggung jawab saya. Demikian surat kuasa ini saya buat dengan yang sesungguhnya-sungguhnya agar dipakai sebagaimana seharusnya.

Penerima Kuasa

Jakarta, _____

Pemberi Kuasa

Materai

Rp. 10.000,-

(_____)

(_____)