

PERMOHONAN PERMINTAAN INFORMASI MEDIS

DATA PASIEN

Nama :  
Tgl Lahir Pasien :  
No Rekam Medis :

DATA PEMINTA

Nama :  
No KTP :  
Alamat :

Hubungan dengan Pasien

A. Suami                      B. Anak                      C. Orang Tua                      D. Pasien Sendiri                      E.....

Kepentingan

A. Asuransi :  
B. Kantor :  
C. Pihak Berwajib :  
D. Lain-lain :

Berkas yang diminta

A. Resume Medis                      B. Hasil Lab/Rontgen                      C. Lain-lain

Bersama ini kami lampirkan surat kuasa dari pasien yang bersangkutan dan fotocopy KTP  
Surakarta,.....

Pemohon

Petugas Rekam Medis

Direktur

(                      )                      (                      )                      (                      )

## SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No KTP /SIM :

Dengan ini memberikan kuasa kepada :

Nama :

Alamat :

No KTP /SIM :

**Untuk melakukan :**

Demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Segala akibat yang disebabkan oleh Surat Kuasa ini adalah tanggungjawab saya sepenuhnya.

Surakarta, \_\_\_\_\_

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa



( )

( )



**RUMAH SAKIT  
HERMINA SOLO**

Jl. Kolonel Sutarto No. 16 Surakarta 57126  
Tlp. 0271-638989 (hunting), Fax. 0271-644525  
Website: www.herminahospitals.com

IDENTIFIKASI PASIEN  
(label rawat inap)

**PERNYATAAN PERMOHONAN MEMBUKA INFORMASI MEDIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_ (L / P)

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ Umur : \_\_\_\_\_

Tanggal Masuk RS : \_\_\_\_\_

Nama DPJP : \_\_\_\_\_

Nomor Rekam Medis : \_\_\_\_\_

Menyatakan bahwa sesuai kewajiban simpan rahasia medis kedokteran dan mengacu pada Peraturan Perundang-undangan RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 saya mengajukan untuk diberikan informasi/ keterangan terkait kondisi kesehatan dan pengobatan saya kepada penjamin sesuai dengan kebutuhan kepada :

1. Nama : \_\_\_\_\_

Telepon : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan pasien : \_\_\_\_\_

2. Nama : \_\_\_\_\_

Telepon : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan pasien : \_\_\_\_\_

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

\_\_\_\_\_  
Pembuat pernyataan,

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama Jelas