

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