



**SURAT PERNYATAAN
PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : (L/P)

Umur : Tahun

No. KTP :

Alamat :

Telepon :

Dalam hal ini bertindak atas nama atau untuk mewakili :

Diri sendiri / Suami / Istri / Anak / Orangtua / Wali / Keluarga*

Nama Pasien : (L/P)

No. MR :

Umur : Tahun

Tgl. Berobat / Perawatan :

Asuransi :

Perusahaan :

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 di lingkungan RS Mandaya Royal Puri.

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

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dengan menyadari sepenuhnya akibat hukum yang timbul dari pernyataan ini.

Tangerang,

Yang Membuat Pernyataan

(.....)

Nama & Tanda Tangan

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
No. MR :
Tempat/tgl. Lahir :
Alamat :
No. Tlp :

Selanjutnya memberi kuasa kepada :

Nama : *PT Asuransi Allianz Life Indonesia.*
Tempat/tgl. Lahir :
Alamat :
No. Tlp :

Dengan ini menyatakan benar memberi kuasa kepada yang diatas, agar informasi terkait saya dapat dipergunakan dengan semestinya

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Tangerang,

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa



(.....)

(.....)

