

SURAT PERNYATAAN PELAPASAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :
No. KTP/SIM/Passport :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat Lengkap :
No. Telp (yang bisa dihubungi) :
Hubungan dengan Pasien :

Dengan ini selaku Pasien/Orangtua/Wali menyatakan memberikan salinan/informasi medis termasuk keadaan kesehatan dan penyakit yang diderita oleh pasien:

Nama :
No. Rekam Medis (jika tidak tahu lewati) :
Alamat :
Kepada :
Untuk Keperluan :

Bila terjadi sesuatu hal pada diri pasien tersebut diatas yang berkaitan dengan izin pelepasan informasi medis ini, saya, keluarga saya atau pihak lain yang saya tunjuk ataupun pasien tersebut diatas tidak akan melakukan penuntutan dalam bentuk apapun kepada pihak Primaya Hospital Semarang di kemudian hari.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa paksaan atau tekanan dari pihak manapun.

Yang membuat pernyataan,
Pasien/Keluarga Pasien/Wali

Dilaksanakan pada tanggal : _____
Petugas Rekam Medis

()
Nama Lengkap & Tandatangan

()
Nama Lengkap & Tanda tangan

Note :
Surat pernyataan ini hanya ditandatangani oleh keluarga (Ayah, Ibu, Anak Dewasa, Istri/Suami, Mertua) atau orang lain yang dikuasakan oleh pasien/ keluarga.