	<b>CHARITAS HOSPITAL PALEMBANG</b> Jl. Jenderal Sudirman No.1054 Palembang – 30129 Telp. 0711 – 353374, 353375 Pemilik : Yayasan Rumah Sakit Charitas	<b>NAMA LENGKAP</b> : _____ <b>TGL LAHIR</b> : _____ <b>NIK</b> : _____ <b>NO. RM</b> : _____
	DPJP Utama : _____ DPJP Tambahan : _____	Ruangan : _____

**PERNYATAAN PELEPASAN INFORMASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : \_\_\_\_\_  
 Umur : \_\_\_\_\_ tahun  
 Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

dengan ini menyatakan bahwa saya memberi kuasa penuh kepada dokter Charitas Hospital Palembang, yang mempunyai catatan / mengetahui keadaan saya sendiri/ anak / istri / suami saya:

Nama : \_\_\_\_\_  
 Umur : \_\_\_\_\_ tahun  
 No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_


untuk diberitahukan kepada \_\_\_\_\_  
 segala keterangan yang diperlukan.

Apabila surat pernyataan pelepasan informasi ini dikirimkan dalam bentuk *softfile*, maka dengan ini surat pernyataan pelepasan informasi *softfile* ini sama kuat berlakunya dengan aslinya, dan segala resiko yang terjadi di kemudian hari menjadi tanggung jawab saya sepenuhnya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada unsur paksaan apapun dari pihak lain.

Palembang, \_\_\_\_\_  
 Yang menyatakan,

\_\_\_\_\_

 <p><b>CHARITAS HOSPITAL PALEMBANG</b>                  Jl. Jenderal Sudirman No.1054                  Palembang – 30129                  Telp. 0711 – 353374, 353375                  Pemilik : Yayasan Rumah Sakit Charitas</p>	<p><b>NAMA LENGKAP</b> : _____</p> <p><b>TGL LAHIR</b> : _____</p> <p><b>NIK</b> : _____</p> <p><b>NO. RM</b> : _____ L/P</p>	<p>} <i>Data Pasien</i></p>
	<p>DPJP Utama : _____ DPJP Tambahan : _____</p>	

**PERNYATAAN PELEPASAN INFORMASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama	:	_____	<p>} <i>Diisi Identitas Pasien</i></p>
Umur	:	_____ tahun	
Pekerjaan	:	_____	
Alamat	:	_____ _____ _____	

dengan ini menyatakan bahwa saya memberi kuasa penuh kepada dokter Charitas Hospital Palembang, yang mempunyai catatan / mengetahui keadaan saya sendiri/ anak / istri / suami saya:

Nama	:	_____	<p>} <i>Diisi Identitas Pasien</i></p>
Umur	:	_____ tahun	
No. Rekam Medis	:	_____	

untuk diberitahukan kepada \_\_\_\_\_  
 segala keterangan yang diperlukan.

} *Diisi Nama Asuransi / Perusahaan / Instansi yang meminta data medis*

Apabila surat pernyataan pelepasan informasi ini dikirimkan dalam bentuk *softfile*, maka dengan ini surat pernyataan pelepasan informasi *softfile* ini sama kuat berlakunya dengan aslinya, dan segala resiko yang terjadi di kemudian hari menjadi tanggung jawab saya sepenuhnya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada unsur paksaan apapun dari pihak lain.

Palembang, _____	<p>} <i>Tanda tangan &amp; Identitas Pasien</i></p>
Yang menyatakan,  _____	