

SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIK

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
No. KTP/SIM/Passport :
Alamat :

Dengan ini menyatakan selaku Pasien sendiri /Istri /Suami /Orang Tua / Anak /Wali (*) dari pasien:
(*lingkari salah satu)

Nama Pasien :
Nomor rekam medis :
Alamat :

Dengan ini memohon kepada Rumah Sakit Royal Taruma/ dr.....untuk dapat memberikan informasi secara tertulis atas nama pasien tersebut yaitu:

Seluruh informasi data medis/ informasi data medis perawatan tanggal...../
Informasi data rawat jalan tanggal()*
(* lingkari salah satu)

Informasi secara tertulis tersebut selanjutnya **dapat diberikan kepada pihak yang saya tunjuk:**

Nama orang yang ditunjuk :
Hubungan dengan pasien :
Nama instansi orang yang ditunjuk :
No. KTP :
No. Telepon :

Bilamana di kemudian hari terjadi sesuatu hal yang berkaitan dengan Pelepasan Informasi Medik ini, saya, keluarga (keluarga pasien), atau pihak lain yang saya tunjuk, ataupun pasien tersebut di atas tidak akan melakukan tuntutan hukum dalam bentuk apapun kepada dokter dan/ atau Rumah Sakit Royal Taruma di kemudian hari.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani tanpa paksaan atau tekanan dari siapapun.

Persyaratan saat pengambilan harus membawa:

1. FC KTP Pasien
2. FC KTP Pengambil
3. FC KTP yang menandatangani surat ini

Jakarta,.....
Pemohon,

Materni Grb

(.....)
Tanda tangan dan Nama Jelas