SURAT IZIN PELEPASAN INFORMASI MEDIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	:	_____	L / P , Umur : Thn
No KTP	:	_____	(FC KTP terlampir)
Tanggal Lahir	:	_____	
Alamat	:	_____	
Hubungan Dengan Pasien	:	☐ Diri Sendiri ☐ Orangtua ☐ Suami / Istri ☐ Anak ☐ Lainnya : _____	
Nama Pasien	:	_____	L / P , Umur : Thn
Tanggal Lahir	:	_____	

Dengan ini, saya memberi izin penuh kepada dokter yang merawat di Santosa Hospital Bandung Kopo untuk memberikan informasi medik mengenai diri saya/ pasien tersebut diatas, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Santosa Hospital Bandung Kopo . Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, saya membebaskan pihak Santosa Hospital Bandung Kopo dari segala tuntutan atau konsekwensi hukum dari saya dan pihak ke 3 yang mungkin akan timbul sebagai akibat dari pelepasan informasi medik pasien tersebut.

Bandung, _____ , 20

Pemberi Izin

Materai
Rp. 10000

( )

Nama & tandatangan