

No. Permintaan Informasi Medis : .....

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

No. KTP : .....

Selaku : Pasien atau Suami / Isteri / Orang tua / Ayah / Ibu / Wali / Anak / Penanggung jawab \*), yang mendapat ijin tertulis dari pasien.

Nama Pasien : .....

Nomor Rekam Medis : .....

Tanggal Rawat : .....

Dokter Yang Merawat : .....

Selanjutnya pihak diatas disebut **Pemberi Kuasa** , dengan ini memberikan kuasa kepada :**RSU Bunda**, beralamat di Jl. Teuku Cik Ditiro No. 21, Menteng , Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta . 021 31923344. Ext. 36223 / 36206 (Rekam Medis / Medical Record)

( Selanjutnya disebut Penerima Kuasa ) :

**K H U S U S**Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya / pasien tersebut diatas \*), baik secara lisan maupun tertulis sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan **RSU Bunda, Jakrta** kepada :

Perorangan / Perusahaan / Asuransi \*) : .....

Fotocopy hasil pemeriksaan yang diminta : .....

1 Hasil Resume Medis tanggal : .....

2 Hasil Laboratorium tanggal : .....

3 Hasil Radiologi tanggal : .....

4 Hasil Lain-Lain : .....

Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga, yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Jakarta, .....

Jam .....

Pemberi Kuasa,

( ..... )

**BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS**

No. Permintaan Informasi Medis : .....

Saya bertanda tangan di bawah ini : .....

Nama : .....

Alamat : .....

No. KTP : .....

Hubungan dengan pasien : .....

Menerima dari **RSU Bunda Jakarta** surat keterangan medis / hasil penunjang medis\*) dari pasien :

Nama Pasien : .....

Nomor Rekam Medis : .....

Informasi Medis : .....

Jakarta, .....

Yang menerima,

Yang memberi,  
Petugas Informasi.....  
Nama & Tanda tangan.....  
Nama & Tanda tangan

\*) coret yang tidak perlu