

FORMULIR PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Selaku Pasien/ Orangtua Pasien/ Wali*) (hubungan dengan pasien.....) dari:

Nama :
No. Rekam Medis :
No. Telp :

Dengan ini memberikan kuasa kepada RSUD Ulin untuk melepaskan atau mengakses informasi medis saya/ pasien tersebut diatas berupa :

- Resume Medis RI/RJ/IGD *) tanggal
- Hasil Pemeriksaan Penunjang
- Pengisian formulir asuransi (sebutkan) tanggal berobat.....
- Lain lain (sebutkan)

Untuk keperluan :

- Konsultasi ke dokter/ RS lain (sebutkan)
- Klaim Perusahaan/ Asuransi (sebutkan)
- Keperluan hukum
- Lain-lain (sebutkan)

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, segala hal yang terjadi dikemudian hari atas adanya tuntutan hukum sehubungan dengan pelepasan informasi medis ini, maka saya akan bertanggung jawab penuh dan membebaskan RSUD Ulin terhadap tuntutan hukum dari pihak manapun.

..... Pemohon Petugas Rekam Medis

..... Tanda Tangan dan Nama Jelas Tanda Tangan dan Nama Jelas

Ket :*) Coret yang tidak perlu
Cat :

1. Pasien/ orangtua/ wali wajib menyerahkan FC KTP dan FC Kartu Keluarga untuk dilampirkan dengan formulir ini
2. Formulir pelepasan informasi ini diisi oleh pasien/ orang tua/ wali yang bersangkutan, jika diwakilkan harus ada surat kuasa dari pasien/ orang tua/ wali yang bersangkutan
3. Pasien usia < 18 tahun dapat diwakilkan oleh orang tua

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
No. KTP/SIM/ Passport :
Alamat :
No. Telp :
Sebagai Pasien/ Orang tua pasien/ Wali * (hubungan dengan pasien.....) dari
Nama :
No. Rekam Medis :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat :

Selanjutnya pihak di atas disebut Pemberi Kuasa, dengan ini memberikan kuasa kepada:

Nama Rumah Sakit : RSUD Ulin
Beralamat di : Jl. Jend. A. Yani No. 43 Banjarmasin
(selanjutnya disebut sebagai Penerima Kuasa)

Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya/ pasien tersebut diatas, baik secara lisan maupun tertulis sesuai kebijakan yang berlaku di lingkungan RSUD Ulin, pada :

Nama Perorangan/ Perusahaan :
Alamat :
No. KTP/SIM/ Passport :
No. Telp :
Hubungan dengan Pemberi Kuasa :
Untuk keperluan :

Demikian surat kuasa ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Apabila dikemudian hari ternyata isi keterangan yang saya buat tidak benar, saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

.....
Yang memberikan kuasa

Materai 10.000

.....
Tanda Tangan dan Nama Jelas

SURAT PERNYATAAN

Pada hari ini..... Tanggal..... Bulan..... Tahun, bertempat di RSUD Ulin Banjarmasin, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

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

Selanjutnya disebut sebagai Pihak Pertama, menyatakan bahwa saya telah diberi kuasa baik secara lisan maupun tertulis oleh :

Nama :
No. KTP/SIM/Passport :
Alamat :
Hubungan dengan pasien :

Selanjutnya disebut sebagai Pihak Kedua.

Untuk mengambil dan menerima informasi medis dari pasien sebagai berikut :

Nama :
No. Rekam Medis :
Tanggal MRS :

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Apabila dikemudian hari ternyata pernyataan yang saya buat tidak benar, dan atau ada tuntutan dari pihak kedua atau pihak lain yang merasa dirugikan, maka saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Yang membuat pernyataan,

.....
Tanda Tangan dan Nama Jelas