



DEPARTEMEN KESEHATAN R.I
 DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR



Jalan Diponegoro Denpasar Bali (80114)
 Telp. (0361) 227911-13, 225482, 223869, Fax. (0361) 224206
 Email : rs_sanglahbali@yahoo.com, info@sanglahhospital.com, Website :www. sanglahba'ihospital.com.

SURAT PERSETUJUAN PEMBERIAN INFORMASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
 Umur/ Jenis Kelamin :L/P
 Alamat :
 Bukti diri/KTP/SIM/Pasport No.:

Menyatakan bahwa saya tidak berkeberatan bila RSUP Sanglah Denpasar memberikan informasi medis atas nama: diri saya sendiri*/Anak*/Istri*/Suami*/Ayah*/Ibu* /.....saya, dengan identitas sebagai berikut:

Nama :
 Umur/Jenis Kelamin :
 Dirawat di :
 No. RM :
 Untuk kepentingan :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan.

Denpasar,
 Yang membuat pernyataan

** Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan,
 * Lingkari atau coret yang tidak sesuai