

## **SURAT PERNYATAAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS PASIEN**

Kepada Yth,  
Direktur Ciputra Hospital Surabaya

Dengan Hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan\*

No. Identitas (KTP/Paspor) :

No. HP/Telp :

Hubungan dengan pasien : saya sendiri / pasangan / anak / orang tua / saudara / \_\_\_\_\_  
dari pasien :

No. Rekam Medis :

Nama :

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan\*

Alamat :

Rawat Jalan / Rawat Inap\* :

Dengan ini memberikan kuasa kepada Direktur, Dokter, serta petugas Medical Record Ciputra Hospital Surabaya untuk mengeluarkan informasi tentang riwayat kesehatan pasien selama dirawat di Ciputra Hospital Surabaya.

Adapun informasi tersebut diberikan kepada

I. Perusahaan / Lembaga / Asuransi\*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

II. Keluarga (orang tua / anak / saudara / \_\_\_\_\_)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Untuk keperluan : \_\_\_\_\_

Saya akan bertanggung jawab penuh atas akibat diberikannya rahasia tentang Riwayat kesehatan pasien. Dan tidak akan menuntut siapapun dan dalam bentuk apapun.

Surabaya, \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )