

**Persetujuan Pemaparan Informasi Medik \***

*(Written Consent for Release of Medical Information)*

**Identitas Pasien (Patient Identity)**

Nama (Patient name) :  
 No Rekam Medik (Med. Record No) :  
 Tanggal lahir (Date of Birth) :  
 Alamat (Address) :  
 Telepon (Phone) :

**Pernyataan Pemberian Kuasa**

Dengan ini saya memberikan persetujuan kepada KMN EyeCare yang telah memberikan pemeriksaan dan perawatan medis kepada saya untuk memberikan keterangan lengkap termasuk riwayat medik saya sebelumnya kepada:

- Nama Keluarga : .....
- Asuransi : .....
- Perusahaan : .....

yang digunakan untuk pemeliharaan kesehatan dan pengobatan; pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan klaim asuransi. Saya menyatakan semua yang tertulis ini benar adanya dan dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun. Fotokopi dari surat kuasa ini akan berlaku seperti aslinya.

**Statement of Authority**

*I hereby authorize KMN EyeCare, a party that has provided me with medical services, to provide my medical information including medical records and past medical history to:*

- Family Name : .....
- Insurance Company : .....
- Corporate : .....

*to used for health maintenance and care; payment of health care costs and insurance claim. I hereby declare this statement to be truthful and made without coercion from any party. Any future copies of this statement should be considered as valid as the original.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Tempat, tanggal/ Place, date)

\_\_\_\_\_  
 Nama jelas & tanda tangan pasien/ Wali  
 (Name & Patient/ Legal Representative signature)

**DIAGNOSA \*\***

**Diisi oleh Dokter (must fill in by Ophthalmologist)**

Tanggal pelayanan (Date of treatment) : .....  
 Tindakan Medis (Medical treatment) : .....  
 Diagnosa (Diagnosis) : .....

Tanda tangan Dokter (ophthalmologist signature)

Nama jelas (Name)  
 \_\_\_\_\_

## Permintaan Informasi Medis

Kepada: Pimpinan KMN EyeCare.

Saya yang menandatangani surat Permintaan Informasi Medis ini:

Nama :

NIK :

Selaku : Pasien/ Keluarga/ Asuransi/ Perusahaan Penjamin/ Pihak Lain \*)

Dengan ini:

1. Mengajukan permintaan informasi medis (resume medis/diagnosis \*):  
Nama Pasien :  
Nomor Rekam Medis :
2. Memilih metode pengiriman informasi medis (*lingkari dan lengkapi opsi yang dipilih*):
  - a. Pengambilan secara langsung di KMN EyeCare (Kemayoran / Kebon Jeruk / Jakarta Selatan / Semarang\*)
  - b. Email:
  - c. Whatsapp:
3. Memberikan persetujuan kepada KMN EyeCare untuk memberikan informasi medis.
4. Bersedia memberikan segala dokumen dan informasi yang benar, masih berlaku dan sah secara hukum dan perundang-undangan yang berlaku.
5. Bersedia mematuhi ketentuan-ketentuan yang berlaku bagi permintaan informasi medis melalui email/Whatsapp.
6. Bertanggung jawab atas kerahasiaan data medis yang telah diberikan melalui email/Whatsapp.
7. Membebaskan pihak KMN EyeCare dari setiap penyalahgunaan informasi medis yang mengakibatkan kerugian baik secara langsung ataupun tidak langsung.

Jakarta,

Tanda tangan