



PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS KEPADA PIHAK KETIGA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____ L / P Tgl Lahir/Umur : _____
Alamat : _____
No. KTP / KSK / SIM / Identitas lain : _____

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama diri saya pribadi / suami / istri / anak / orang tua *) dari pasien :

Nama : _____ L / P Tgl Lahir/Umur : _____
Alamat : _____
Kamar : _____ No. R.M. : _____

dengan ini memberikan persetujuan dan kuasa kepada dokter Rumah Sakit Adi Husada Undaan Wetan Surabaya (RSAH UW) yang telah merawat , untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan/penyakit selama di rawat di RSAH UW Surabaya untuk keperluan kepada

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada dokter RSAH UW Surabaya di kemudian hari. Demikian surat ini, saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa ada unsur paksaan dari manapun.

Surabaya, _____
yang membuat pernyataan

Materai

Tanda tangan & Nama terang

*) Lingkari yang perlu atau coret yang tidak perlu.



RUMAH SAKIT
ADI HUSADA
UNDAAN WETAN

DRMI-4.02

Kepada Yth.
Direktur RS. Adi Husada Undaan Wetan
Jl. Undaan Wetan 40 – 44
Surabaya

PERNYATAAN PERMOHONAN SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :L / P Tgl lahir/Umur

Alamat :

No. KTP / KSK / SIM / Identitas lainnya :

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama diri saya sendiri */ Suami */ Istri */ Anak */
Orang tua* saya :

Nama :L / P Tgl lahir/Umur

Alamat :

Kamar :No. RM :

Dengan ini saya mengajukan permohonan agar dapatnya diberi surat keterangan

.....

.....

Untuk keperluan

.....

Demikian surat permohonan ini saya buat dan atas kebijaksanaannya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,

Yang membuat permohonan,

Tanda tangan & nama terang

*) Lingkari / coret yang tidak perlu

R3 / 1 / 20

