



**PERMOHONAN
PENGELUARAN INFORMASI MEDIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

No Identitas (KTP/KITAS/PASPOR/dll) :

No. Telp. :

Hubungan dengan pasien : Diri sendiri
(Suami/ Istri/ Orangtua/ Anak/)*

Mengajukan permohonan penyalinan informasi medis atas nama saya sendiri/pasien* :

Nama :

No. RM :

Tanggal lahir :

Berupa :

Kepada Rumah Sakit Awal Bros Batam untuk keperluan,
dan saya bertanggung jawab sepenuhnya jika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan
dikemudian hari tanpa tuntutan kepada pihak Rumah Sakit.

Demikianlah permohonan ini saya buat tanpa paksaan siapapun, dengan kesadaran penuh,
dan akan dipergunakan sesuai dengan keperluan yang dimaksud di atas, dan bertanggung
jawab sepenuhnya jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan dikemudian hari tanpa
tuntutan kepada pihak Rumah Sakit Awal Bros Batam.

Batam,.....

Pemohon,

Pasien / Wali,

(.....)
Nama jelas

(.....)
Nama jelas

* Coret yang tidak perlu