

SURAT PERNYATAAN PENGIRIMAN INFORMASI MEDIS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

No. KTP / SIM :

Telp / HP :

Alamat :

.....

Hubungan dengan pasien :

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya meminta sendiri untuk hasil pengajuan informasi medis pasien yang saya ajukan pada:

- Tanggal :
- Perihal :
- Nama pasien :
- Dikirim melalui :
- Alamat kirim :

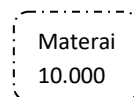
No. HP :

2. Saya memahami bahwa informasi medis pasien tersebut adalah rahasia.
3. Segala akibat dari permintaan pengiriman tersebut adalah tanggung jawab dari pemohon dan membebaskan RS Telogorejo dari segala tuntutan hukum bilamana terjadi hilangnya / kebocoran informasi medis akibat pengiriman informasi medis ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

.....

Yang menyatakan



Nama terang & Tanda tangan

PERMOHONAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS
AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Yang bertanda tangan dibawah ini (*The Undersigned below*):

Nama (*Name*) : Umur (*Age*) :

Alamat (*Address*) : No. Hp/ Telpon :
(*Mobile number*)

Hubungan dengan pasien (*Relation to patient*) :

Dari pasien yang bernama : (*From patients named*)

Nama (*Name*) : Umur (*Age*) :

Alamat : No RM :
(*Address*) (*Medical Record No.*)

Memohon kepada direktur RS Telogorejo untuk memberikan keterangan medis dan segala informasi/ riwayat penyakit berupa pemeriksaan/ tindakan medis/ diagnosa/ pengobatan yang dilakukan oleh RS Telogorejo :

(*Request to Director of the Telogorejo Hospital to provide medical information/ medical history in the form of medical examination / medical action / diagnosis / therapy performed by Telogorejo hospital*):

Permintaan : Resume Medis RS Resume medis form asuransi
(*Request*) (*Medical record - Hospital*) (*Medical record - Insurance form*)
 Lainnya :
(*Others*) :

Periode Perawatan (*Treatment period*)

Perawatan (<i>Hospital Treatment</i>)	Tanggal (<i>Date Hospitalized</i>)	Ruang (<i>Room</i>)	Dokter (<i>Doctor</i>)
Rawat Inap (<i>Inpatient</i>)			
Rawat Jalan (<i>Outpatient</i>)			

Keperluan :
(*Necessary/Description*) :

Permohonan ini sekaligus sebagai surat ijin memberikan keterangan medis dari pasien kepada dokter yang merawat/ RS Telogorejo. Segala keterangan/ informasi yang berkaitan dengan pasien tersebut diatas adalah tanggung jawab pemohon (pemberi ijin), sehingga membebaskan dokter yang merawat/RS.Telogorejo dari segala tuntutan hukum dan ganti rugi dari pihak manapun atas pelepasan informasi rekam medis ini.

(*This form is at the same time as a permit, to share medical information from patients to the doctor who take care / Telogorejo Hospital. All information related to the patient above is applicant's responsibility (people who giving permission), thus freeing the treating physician /Telogorejo Hospital from all lawsuits and compensation from any party for the release of this medical record information*)

Semarang,

Mengetahui Petugas RS

Pemohon (*Applicant*)

(.....)

(.....)

DISPOSISI PERMOHONAN

Tgl : Diterima
 Tidak diterima, alasan :

Direktur

Nama & Tandatanganan