



RUMAH SAKIT
ADI HUSADA
UNDAAN WETAN

DRMI - 3.06

PERSETUJUAN PEMBERITAHUAN DATA MEDIS KEPADA PIHAK KETIGA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama diri saya sendiri * / suami * / istri * / anak * / orangtua *
saya :

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

Dengan ini saya menyatakan tidak keberatan bila hal ihwal tentang penyakit _____

_____ selama dirawat di Rumah Sakit Adi Husada
Undaan Wetan Surabaya diberitahukan kepada Asuransi / Perusahaan _____

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sadar dan penuh rasa tanggung jawab, tanpa ada paksaan dari manapun juga.

Surabaya, _____
Yang membuat pernyataan,

Meleraei yg 6.005

Tanda tangan dan nama terang

* Coret yang tidak perlu.

R3 / X / 06