

PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. Identitas :

(KTP/SIM/Paspor)

Selaku :

Pasien / Penanggung jawab pasien* :

No. Rekam Medis :

Tanggal Perawatan :

(Selanjutnya disebut pemberi Kuasa), dengan ini memberikan kuasa kepada : **Ciputra Mitra Hospital**, yang beralamat di Jl. A. Yani Km. 7,8 Komp. Citra Land, Kalimantan Selatan 70654.

(Selanjutnya disebut **Penerima Kuasa**)

KHUSUS

Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya / pasien tersebut di atas* baik secara lisan maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Ciputra Mitra Hospital kepada :

Nama **Perorangan / Perusahaan*** :

Alamat Lengkap :

No. Identitas :

(KTP/SIM/Paspor)

Informasi medis yang diperlukan :

Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekwensi hukum dari pihak ketiga, yang mungkin akan timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Banjarmasin,.....
 Pemberi Kuasa

(.....)
 Tanda Tangan dan Nama Jelas