



YAYASAN SETIA BUDI SAMARINDA
RUMAH SAKIT DIRGAHAYU
S A M A R I N D A

Jalan Gn. Merbabu RT. 17 No. 62 Telp. (0541) 742161 Fax. (0541) 744636, 748308 E-mail : sekretariat@rsdirgahayu.com Samarinda 75122

**FORMULIR PERSETUJUAN
PELEPASAN INFORMASI REKAM MEDIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur/ kelamin : tahun, Laki - laki/ Perempuan*

Alamat Rumah :

Bukti diri/ KTP : KTP/SIM*) Nomor :

No.Telpon/HP :

Sebagai diri sendiri / suami / isteri / ayah / ibu / anak / wali * dari pasien :

Nama :

Umur/ kelamin : tahun, Laki - laki/ Perempuan*

Alamat Rumah :

Dirawat di :

No. Rekam Medis :

Bukti diri/ KTP : KTP/SIM*) Nomor :

No.Telpon/HP :

Ditujukan ke :

Nama Kantor/ Asuransi :

Alamat Kantor/ Asuransi :

Berkas yang diminta :

Informasi Rekam Medis ini dipergunakan untuk : **

- Pembuatan Surat Jaminan
- Asuransi
- Pemberitahuan untuk tempat kerja/ kantor

Dengan Alasan :

.....
Dengan ini sesungguhnya telah menyatakan **PERSETUJUAN** untuk memberikan Pelepasan Informasi Rekam Medis saya kepada pihak ketiga. Saya telah menerima dan memahami sepenuhnya penjelasan serta peringatan dari pihak rumah sakit akan bahaya dan resiko, serta kemungkinan yang terjadi adalah diluar tanggung jawab Rumah Sakit maupun dokter yang merawat.
Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran dan memahami sepenuhnya.

Petugas Rekam Medis

Samarinda, _____ 20____

(.....)

(.....)

Tanda tangan dan Nama terang

Tanda tangan dan Nama terang

* *Coret yang tidak perlu*

** *Pilih salah satu*

Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Tempat tanggal lahir :

No. KTP :

Dengan ini menyatakan:

1. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada penyedia layanan kesehatan (termasuk namun tidak terbatas pada Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan Tenaga Kesehatan) dan setiap perusahaan asuransi untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis (termasuk namun tidak terbatas pada memberikan salinan/fotokopi dokumen terkait) kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia sehubungan layanan kesehatan yang pernah diterima oleh/diberikan kepada saya.
2. Memberikan persetujuan dan kuasa kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia untuk meminta dan mendapatkan keterangan dan/atau catatan medis terkait dengan layanan kesehatan kepada setiap pihak sebagaimana disebutkan pada Angka 1 di atas.

Demikian Surat Pernyataan dan Pemberian Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tempat:

Tanggal:

Yang Menyatakan dan Memberikan Kuasa,

Materai Rp.10.000,-

()

Nama jelas & Ttd

Kantor Pusat:

World Trade Centre 3

Jalan Jenderal Sudirman Kav. 29-31

Jakarta Selatan 12920, Indonesia

Corporate Number : +62 21 2926 8888

Fax. : +62 21 2926 8080