

PERNYATAAN PERMOHONAN SURAT KETERANGAN MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :
.....
Nomor KTP :
Nomer Tlpn / Hp :
Hubungan dengan Penderita :

Dengan ini saya memohon terhadap Petugas / dokter RSUP.Dr.Kariadi Semarang untuk memberikan keterangan tertulis mengenai **hasil pemeriksaan / Diagnosa** penderita :

Nama :
Umur :
Nomer Tlpn / Hp :
Alamat :
Tanggal Perawatan : s/d.
Ruang Perawatan :
Nomor Register / RM :

Saya bertanggung jawab akibat yang timbul dari terbitnya surat keterangan tersebut, dan saya tidak akan menuntut kepada petugas / dokter RSUP Dr.Kariadi Semarang.

Demikian surat keterangan saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,

Hormat kami,

Meterai Rp. 10.000,-

Dilengkapi :

1. Foto copy Kartu berobat / Kwitansi pembayaran
2. Foto copy KTP Pasien & Penerima Kuasa
3. Surat kuasa dari Pasien untuk membuka informasi rekam medik kepada pemohon
4. Surat kuasa dari orang tua pasien < 18 tahun untuk membuka informasi rekam medik kepada pemohon.
5. Surat kuasa ahli waris bagi pasien meninggal dunia
6. Materai Rp. 6000,-
7. Untuk pasien usia <18 th dilengkapi Fc. Akte kelahiran/KK Keluarga/Kenal lahir.

**SURAT KUASA
PERSETUJUAN PEMBUKAAN INFORMASI MEDIS PASIEN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya (Pasien / Ahli waris):

Nama :

Umur :

Nomor Telepon :

Nomor RM :

Alamat :

Hubungan dengan pemohon : suami / isteri / ayah / ibu / anak / lain-lain *

Menyatakan Persetujuan Pembukaan Informasi tentang kondisi medis pasien oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan atau Tim Pengelola Pasien RSUP Dr.Kariadi secara tertulis kepada :

Nama :

Umur :

Nomor Telepon :

Alamat :

Demikian surat persetujuan pembukaan informasi Medis ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Penerima Kuasa

Pasien (Pemberi Kuasa)

Meterai Rp. 10.000,-

.....

.....