PERSETUJUAN PELEPASAN RAHASIA MEDIK

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tgl. Lahir / Umur : ..... / ..... tahun ☐ L ☐ P *)

Alamat : .....

No. KTP/SIM : .....

Saya sebagai ☐ Diri sendiri ☐ Suami ☐ Isteri ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ Saudara kandung *)
dari pasien :

Nama : .....

Tgl. Lahir / Umur : ..... / ..... tahun ☐ L ☐ P *)

Alamat : .....

No. Rekam Medik : ☐☐ ☐☐ ☐☐

Dengan pernyataan ini, saya memberi kuasa kepada Dokter dan / atau RS Mardi Rahayu untuk memberikan keterangan tertulis dari Rekam Medik saya / atas nama pasien, melepas seluruh / sebagian rahasia medik saya / atas nama pasien, selama dirawat di RS Mardi Rahayu, secara tertulis kepada .....

Saya mengerti bahwa saya bertanggung jawab terhadap salinan dan penggunaannya serta akibat dibukanya rahasia medik tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut Dokter / Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus / Dokter yang merawat, di kemudian hari.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan kesadaran penuh dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kudus , ...

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

*NB : *) pilih dengan berikan tanda (✓)*