

SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : _____
No. KTP/SIM/PASSPORT : _____
Alamat : _____
No. Telp. : _____

Selaku Pasien / Orang tua Pasien / Wali *) (hubungan dengan pasien) dari :

Nama : _____
No. Rekam Medis : _____
No. KTP/SIM/PASSPORT : _____
Alamat : _____
No. Telp. : _____

Dengan ini memberi kuasa kepada RS. Mitra Keluarga CIKARANG untuk melepaskan informasi medis saya/
pasien tersebut diatas berupa :

- Resume Medis RI / RJ *) tanggal _____
 Hasil Pemeriksaan Penunjang _____
 Pengisian formulir asuransi (sebutkan) _____ Tgl. berobat _____
 Visum et Repertum RI / RJ tanggal _____
 Lain-lain (sebutkan) _____

Untuk keperluan :

- Konsultasi ke dr/RS lain (sebutkan) _____
 Klaim Perusahaan / Asuransi (sebutkan) _____
 Keperluan Hukum _____
 Lain-lain (sebutkan) _____

Atas segala hal yang terjadi dikemudian hari atau adanya tuntutan hukum sehubungan dengan pelepasan informasi medis ini, maka saya akan bertanggung jawab penuh dan membebaskan RS. Mitra Keluarga CIKARANG terhadap tuntutan hukum dari pihak manapun.

.....
Pemohon.....
Petugas Rekam Medis.....
Tanda Tangan dan Nama Jelas.....
Tanda Tangan dan Nama Jelas

Ket. : *) = Coret yang tidak perlu

Cat. :

1. Pasien/orang tua/wali wajib menyerahkan FC KTP untuk dilampirkan dengan formulir ini.
2. Surat pelepasan informasi medis ini diisi oleh pasien/orang tua/wali yang bersangkutan, jika diwakilkan harus ada surat kuasa dari pasien/orang tua/wali yang bersangkutan.
3. Pasien usia <18 th dapat di wakilkan oleh orang tua.

MK/F/RM-11/01.15/01

No/Bln/Thn.