



SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS
LETTER OF RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Yang bertanda tangan dibawah ini
The undersigned below

Nama :
Name

No. KTP / SIM / PASSPORT :
ID No.

Alamat :
Address

No. Telepon :
Telephone No.

Selaku pasien / Orang tua Pasien / Wali *) (hubungan dengan pasien) dari:
*As the patient / parent Patient / Guardian *) (relationships with patients) from:*

Nama :
Name

No. Rekam Medis :
Medical Records No.

Alamat :
Address

No. Telepon :
Telephone No.

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :
Hereby state that:

Saya memberikan kuasa kepada Mitra Keluarga untuk memberikan dan melepaskan dokumen yang berisi informasi medis pasien berupa :
I authorize Mitra Keluarga for delivering and releasing documents containing patient medical information in the form of:

☐ Resume medis*) : Rawat Inap / Rawat Jalan, tanggal
*Medical Resume *) : Inpatient / Outpatient, date*

Untuk keperluan :
For the purpose of:

☐ Konsultasi ke dokter / Rumah Sakit lainnya*)
*Consult a doctor / hospital more *)*

☐ Klaim asuransi / Perusahaan*)
*Insurance claims / Company *)*

☐ Lain-lain
Etc

Jika dikemudian hari terdapat permasalahan bahkan tuntutan secara hukum terkait dengan pelepasan informasi medis ini baik lisan maupun te-tulis, maka saya pasien / orangtua / wali yang bertanggung jawab dalam pengisian formulir ini, tidak akan melakukan penuntutan dalam bentuk apapun ke Mitra Keluarga dikemudian hari.

If in the future there are problems even pursue lawsuits related to the release of this medical information either orally or in writing, then I an. the patient / parent / guardian who is responsible in this form, will not be prosecuted in any form to the Mitra Keluarga.

.....
Yang Menyatakan
That state
Pasien / Keluarga*)
*Patient / Family *)*

(.....)
Nama dan Tanda Tangan
Name and Signature

Diketahui Oleh
Known by
Petugas Rekam Medis*)
*Medical Record Officers *)*

(.....)
Nama dan Tanda Tangan
Name and Signature