RUMAH SAKIT
MITRA PLUMBON
Jl. Raya Plumbon Km. 11 Cirebon
Telp. (0231) 323100, 323522, 3224483 (Hunting)
Fax. (0231) 322355 Jawa Barat - Indonesia



# PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI KEPADA PIHAK KETIGA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____
No. RM : _____
Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____
No. Rekam Medis : _____

Dengan ini menyatakan bahwa saya memberikan ijin kepada Rumah Sakit Mitra Plumbon untuk memberikan informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan saya di Rumah Sakit Mitra Plumbon kepada :

1. Nama Asuransi : _____
2. Yang Diberi Kuasa : _____
   Nama : _____
   Tanggal Lahir : _____
   Alamat : _____
   _____
   No. Tlp / Hp : _____
   Hubungan Dengan Pasien : _____

Demikian surat penyataan persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Cirebon, ..... 20 .....

| Penerima Kuasa | Petugas Rumah Sakit | Yang Membuat Pernyataan, |
|---|---|---|
| ( ..... ) | ( ..... ) | ( ..... ) |

**Lampirkan foto copy KTP Pasien yang membuat pernyataan*