

SURAT PERNYATAAN / KUASA PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pasien :
 No. Rekam Medis :
 Tanggal Lahir :
 Alamat Lengkap :
 Telpon / HP :

Memberikan persetujuan pelepasan informasi medis yang berkaitan dengan diri saya pada Rumah Sakit Prima Pekanbaru yang dipergunakan :

- ☐ Klaim Perusahaan
☐ Jaminan Perusahaan / Asuransi
☐ Dil. (Sebutkan)

Memberikan kuasa kepada :

Nama :
 Tanggal Lahir :
 Alamat Lengkap :
 Telpon / HP :

Hubungan dengan pasien ☐ Suami / Istri / Orang Tua / Anak /
☐ Pihak Asuransi (.....)
☐ Pihak Perusahaan (.....)

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan jika terjadi suatu hal yang tidak diinginkan dikemudian hari menjadi tanggung jawab saya sepenuhnya tanpa tuntutan kepada dokter yang bersangkutan dan pihak Manajemen Rumah Sakit Prima Pekanbaru.

Pekanbaru, / / 20

Penerima Kuasa,

Pemberi Kuasa,

(.....)

(.....)

Keterangan : Apabila pasien dibawah umur (17 tahun kebawah) maka yang memberikan surat kuasa orang tua / wali yang bersangkutan.

Surat ini tidak bisa digunakan untuk kepentingan pengadilan

***)) Pilih atau lingkari salah satu*