

	CHARITAS HOSPITAL PALEMBANG Jl. Jenderal Sudirman No.1054 Palembang – 30129 Telp. 0711 – 353374, 353375 Pemilik : Yayasan Rumah Sakit Charitas	NAMA LENGKAP : _____ TGL LAHIR : _____ NIK : _____ NO. RM : _____ L/P
	DPJP Utama : _____ DPJP Tambahan : _____	Ruangan : _____

**PERNYATAAN
PELEPASAN INFORMASI KHUSUS ASURANSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : _____
 Umur : _____ tahun
 Pekerjaan : _____
 Alamat : _____

dengan ini menyatakan bahwa saya memberi kuasa penuh kepada dokter Charitas Hospital Palembang, yang mempunyai catatan / mengetahui keadaan saya sendiri/ anak / istri / suami saya:

Nama : _____
 Umur : _____ tahun
 No. Rekam Medis : _____

untuk diberitahukan kepada _____
 segala keterangan yang diperlukan.

Apabila surat pernyataan pelepasan informasi ini dikirimkan dalam bentuk *softfile*, maka dengan ini surat pernyataan pelepasan informasi *softfile* ini sama kuat berlakunya dengan aslinya, dan segala resiko yang terjadi di kemudian hari menjadi tanggung jawab saya sepenuhnya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada unsur paksaan apapun dari pihak lain.

Palembang, _____
 Yang menyatakan,
