

**SURAT KUASA
PELEPASAN INFORMASI MEDIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :
di isi oleh pasien/wali

Nama :

Alamat :

Nomor KTP :

Selaku : **Pasien/penanggung jawab pasien *)**

Nomor Rekam Medik :

Tanggal rawat :

Saya selaku pasien/Penanggung jawab memberikan kuasa kepada yang tersebut dibawah untuk pengambilan informasi medik , sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan santosa hospital bandung kopo

Nama Perorangan / Perusahaan *) :

Alamat Lengkap :

No. KTP (perorangan) :

Sehubungan dengan urusan tersebut di atas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekwensi hukum dari pihak ketiga, yang mungkin akan timbul sebagai akibat pelepasan informasi medik pasien tersebut.

Bandung, 20

Pemberi Kuasa,

Materai
Rp. 6.000,-

(.....)

Nama & tanda tangan

SURAT IZIN PELEPASAN INFORMASI MEDIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

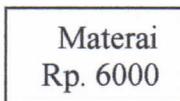
Nama : _____ L / P , Umur : Thn
No KTP : _____ (FC KTP terlampir)
Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____
Hubungan Dengan Pasien : _____

Nama Pasien : _____ L / P , Umur : Thn
Tanggal Lahir : _____

Dengan ini, saya memberi izin penuh kepada dokter yang merawat di Santosa Hospital Bandung Kopo untuk memberikan informasi medik mengenai diri saya/ pasien tersebut diatas, sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan Santosa Hospital Bandung Kopo . Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, saya membebaskan pihak Santosa Hospital Bandung Kopo dari segala tuntutan atau konsekwensi hukum dari saya dan pihak ke 3 yang mungkin akan timbul sebagai akibat dari pelepasan informasi medik pasien tersebut.

Bandung, _____, 20

Pemberi Izin



()

Nama & tandatangan