

Ijin Pelepasan Data Medis
Authorization to Release of Medical Record

Yang bertandatangan di bawah ini saya,
The undersigned below

Nama : _____
Name
Keterangan : Pasien sendiri / Orang Tua / Wali Pasien
Note Patient / Parent / Guardian

Dengan ini memohon Siloam Hospitals untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien,
Ask to Siloam Hospitals to release of medical record data (copy) from

Nama Pasien : _____
Patient Name
No. MR : _____
MR Number

Data medis yang diberikan,
This request and authorization applies to

- ☐ Periode perawatan _____ hingga _____
Hospitalization date
☐ Ringkasan informasi
All health care information
☐ Lain – lain _____
Other

Data medis tersebut diberikan kepada _____
The medical record data will be given to
Dokumen akan digunakan untuk keperluan _____
The document will be purposed to
Dengan biaya sebesar _____
At a cost of

Yang bertandatangan,
The undersigned

Diterima,
Received

Materai Rp 6.000,-

Tanggal,
Date

Tanggal,
Date

*Otorisasi ini hanya berlaku selama 3 bulan sejak ditandatangani
Lampirkan copy KTP/KITAS/Passport yang masih berlaku*

AMA 1608.29/0