Siloam Hospitals

IjinPelepasan Data Medis / *Authorization to Release of Medical Records*

Yang bertandatangan di bawah ini saya : / *The Undersigned below*:

Nama / *Name* : .....

Keterangan /*Note* : Pasien sendiri / Orang tua / Wali /*Patient / Parents / Guardian*

Dengan ini memohon Siloam Hospitals Lippo Cikarang untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien : *Hereby request Siloam Hospitals Lippo Cikarang to release medical record data (copy) of :*

Nama / *Patient Name* :.....

No. MR / *MR Number* : .....-.....-.....

Data medis yang diberikan / *This request and authorization applies to :*

☐ Periode perawatan / *hospitalization date*.....hingga /*through*.....

☐ Semua informasi / *all health care information*

☐ Lain – lain /*others*:.....

Data medistersebutdiberikankepada :*The medical record data will be given to:*

.....

Dokumen tersebut di atasakan digunakan untuk keperluan :*The document will be purposed to :*

.....

Yang bertandatangan di bawah ini menjamin bahwa data medis ini akan digunakan sebagai mana dinyatakan dalam permohonan ini dan melepaskan Siloam Hospital Lippo Cikarang dari segala tuntutan hokum yang ditimbulkan dengan adanya pelepasan informasi medis pasien.

The undersigned guarantees that the medical data will be used as stated in this application and release Siloam Hospitals Lippo Cikarang of any lawsuits caused by the release of patient medical information.

_____

Tanggal / *date* :

Otorisasi ini hanya berlaku selama 3 bulan sejak ditandatangani

SURAT PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :.....
Alamat :.....
No. KTP :.....
Hubungan dengan pasien :.....

Bermaksud mengajukan permohonan:

.....
.....

Nama Pasien :.....
No. Medical Record :.....
Dokter yang merawat :.....
Tanggal Perawatan :.....

Untuk keperluan :

.....
.....
.....

Demikian kami sampaikan atas perhatian serta kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Cikarang, ...

Pemohon,

( )