

**FORMULIR PERNYATAAN
PELEPASAN INFORMASI KESEHATAN**

Dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pasien :
 Nomer Rekam Medis :
 Rawat Jalan / Rawat Inap * :
 Alamat :

Mengijinkan kepada :

- I. Perusahaan / Asuransi *
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- II. Keluarga (Orang tua, Anak, Saudara,.....)
 - 1.
 - 2.
 - 3.

Untuk mendapatkan informasi kesehatan saya selama mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit William Booth Surabaya. Dengan pemberian informasi ini, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya atas informasi yang telah diberikan dan tidak akan menuntut pihak Rumah Sakit dikemudian hari, yang berkenaan dengan pembukaan informasi kesehatan pada diri saya.

Saksi :

1. Saksi 1

Surabaya,.....

.....
(Tanda tangan>Nama Terang)

.....
(Tanda tangan>Nama Terang)

2. Saksi 2

.....
(Tanda tangan>Nama Terang)

(*) Lingkari salah satu