



SURAT PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :

Adalah bertindak sebagai diri sendiri / orang tua / wali / suami / istri dari :

Nama Pasien :
Umur :
No. RM :

Dengan ini memberi persetujuan kepada Pimpinan Rumah Sakit Budhi Asih untuk memberi keterangan / melepaskan informasi medis dan atau resume medis atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada sepanjang keterangan medis / informasi medis dan atau resume tersebut dipergunakan untuk kepentingan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Budhi Asih ini.

Dengan persetujuan ini saya membebaskan Rumah Sakit Budhi Asih dari tuntutan apapun dan dari pihak manapun.

Demikian surat ini dibuat dengan sebenarnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, 20

TTD

(Nama Jelas)

Saksi-saksi :

1.
2.

* Coret yang tidak perlu

