



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Jend. Sudirman No. 181 Telp. ( 0283 ) 671431 Fax. 671095 Brebes 52212

FORMULIR PERSETUJUAN  
PELEPASAN INFORMASI MEDIS

INFORMASI PASIEN : (ditulis dengan tinta)			
Nama Pasien :		Tanggal lahir:	No rekam medis:
Alamat :	Kota	Kode Pos	Nomor Telepon:

Saya memberi kuasa mengeluarkan isi rekam medis saya kepada :

RSUD Kabupaten Brebes, nama dokter penanggungjawab perawatan :

INFORMASI MEDIS YANG DILEPASKAN (√):

- Sebagian isi rekam medis yang dibutuhkan saja (dalam bentuk foto copy)
- Resume akhir (tanggal) \_\_\_\_\_
- Hasil laboratorium
- Hasil test HIV/AIDS
- Lain-lain : \_\_\_\_\_

Baik rawat jalan maupun rawat inap, dirawat jalan pada tanggal ..... atau dirawat inap pada tanggal ..... s/d ..... atas permintaan sendiri terhadap team dokter RSUD Kabupaten Brebes yang telah merawat untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan/penyakitnya selama dirawat di RSUD Brebes. Saya akan bertanggungjawab sepenuhnya atas akibat dibukanya informasi medis tersebut kepada pihak lain dan saya mengerti bahwa saya bertanggung jawab terhadap salinan dan penggunaannya.

DIKELUARKAN UNTUK (√) :

- Klaim asuransi
- Permintaan Perusahaan
- Pindah dokter
- Visum Et Repertum
- Keperluan Pribadi
- Permintaan RS/ pindah rawat : \_\_\_\_\_
- Lain-lain \_\_\_\_\_

Pihak saksi dari pasien ,

Mengetahui  
Petugas RM RSUD Brebes

Brebes, 2019

Pihak pasien,

Materai Rp 6000,

.....  
Nama Jelas & Ttd

.....  
Nama Jelas & Ttd

.....  
Nama Jelas & Ttd