



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN
Jl. Kyai Caringin No.7 Telp. 3503003 Fax.3503412
Jakarta Pusat



SURAT PERMINTAAN INFORMASI MEDIS

Kepada Yth,
Direktur RSUD Tarakan Jakarta
Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat, Tgl. Lahir :
Alamat :
Nomer KTP :
Hubungan Dengan Pasien : ☐ Pasien Sendiri ☐ Ahli Waris
☐ Keluarga pasien / ahli waris yang diberi kuasa oleh pasien / ahli waris (sebutkan)
☐ Orang lain / pihak ke-3 yang diberi kuasa oleh pasien / ahli waris (sebutkan)

Mengajukan surat permintaan informasi medis pasien atas nama :

Nama :
Tempat, Tgl. Lahir :
Alamat :
Nomer KTP :
Keperluan* : ☐ Pengisian form asuransi ☐ Surat keterangan medis
☐ Legalisir Surat Kematian ☐ Resume Medis
☐ Lain-Lain (Sebutkan)

Alasan / Tujuan / Keperluan Permintaan Informasi Medis :

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

Bersama ini kami lampirkan kelengkapan persyaratan untuk permintaan informasi medis. Saya sebagai pasien / ahli waris / keluarga pasien atau ahli waris / orang lain atau pihak ke-3 yang diberi kuasa oleh pasien atau ahli waris menyatakan *tidak keberatan* tentang pengungkapan rahasia kedokteran yang terdapat di dalam rekam medis.

Demikianlah surat ini saya sampaikan, atas perhatian dan persetujuannya kami ucapkan terima kasih.

Jakarta,

Hormat kami

Meterai 6000

(.....)

*Tandai (✓) sesuai keperluan; boleh pilih lebih dari satu