



LABEL IDENTITAS PASIEN

PERNYATAAN PERMOHONAN MEMBUKA INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : _____ (L/P)

Tanggal lahir : _____ Umur : _____

Tanggal Masuk RS : _____

Nama DPJP : _____

Nomor Rekam Medis : _____

Menyatakan bahwa sesuai kewajiban simpan rahasia kedokteran dan mengacu pada Peraturan perundang – Undangan Permenkes RI No. 269/MENKES/PER/III/2008, saya mengajukan untuk diberikan informasi/keterangan terkait kondisi kesehatan dan pengobatan saya kepada penjamin sesuai dengan kebutuhan kepada :

1. Nama : _____

Telepon : _____

Hubungan dengan pasien : _____

2. Nama : _____

Telepon : _____

Hubungan dengan pasien : _____

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan

Pembuat pernyataan,

 Tanda Tangan & Nama Jelas