

SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : _____
No. KTP/SIM/PASSPORT : _____
Alamat : _____
No. Telp. : _____

Selaku Pasien / Orang tua Pasien / Wali *) (hubungan dengan pasien) dari :

Nama : _____
No. Rekam Medis : _____
No. KTP/SIM/PASSPORT : _____
Alamat : _____
No. Telp. : _____

Dengan ini memberi kuasa kepada RS. Mitra Keluarga^{CIKARANG}..... untuk melepaskan informasi medis saya/
pasien tersebut diatas berupa :

- Resume Medis RI / RJ *) tanggal _____
- Hasil Pemeriksaan Penunjang _____
- Pengisian formulir asuransi (sebutkan) _____ Tgl. berobat _____
- Visum et Repertum RI / RJ tanggal _____
- Lain-lain (sebutkan) _____

Untuk keperluan :

- Konsultasi ke dr/RS lain (sebutkan) _____
- Klaim Perusahaan / Asuransi (sebutkan) _____
- Keperluan Hukum
- Lain-lain (sebutkan) _____

Atas segala hal yang terjadi dikemudian hari atau adanya tuntutan hukum sehubungan dengan pelepasan informasi medis ini, maka saya akan bertanggung jawab penuh dan membebaskan RS. Mitra Keluarga^{CIKARANG}..... terhadap tuntutan hukum dari pihak manapun.

.....

Pemohon

Petugas Rekam Medis

.....

Tanda Tangan dan Nama Jelas

.....

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Ket. : *) = Coret yang tidak perlu

Cat. :

1. Pasien/orang tua/wali wajib menyerahkan FC KTP untuk dilampirkan dengan formulir ini.
2. Surat pelepasan informasi medis ini diisi oleh pasien/orang tua/wali yang bersangkutan, jika diwakilkan harus ada surat kuasa dari pasien/orang tua/wali yang bersangkutan.
3. Pasien usia <18 th dapat di wakilkkan oleh orang tua.

MK/F/RM-11/01.15/01

No/Bln/Thn.