



## IZIN PELEPASAN INFORMASI PASIEN

Nama Pasien :  
 Tanggal Lahir :  
 No Rekam Medis :

(*Mohon lengkapi/tempelkan label pasien*)

Yang bertanda tangan dibawah ini, bahwa saya :

Nama lengkap : .....

Pemegang identitas kartu\* ) :  KTP       Kartu Keluarga       SIM

Alamat tetap : .....Telepon.....

Hubungan dengan pasien\*\*) :  Sendiri       Anak       Ayah       Ibu       Suami       Istri       Orang tua wali

saya melimpahkan hak kuasa yang tidak berakhir karena sebab-sebab yang tercantum pada KUHPerdata pasal 1813 serta memberikan izin kepada RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita sebagaimana informasi pasien yang dibutuhkan untuk,

Keperluan \*\*) :  Asuransi       Perawatan lanjutan       Klaim di.....

RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita tidak bertanggung jawab atas pemanfaatan informasi ini selain keperluan tersebut diatas. Salinan surat ini mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Demikian, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Jakarta, tgl.....Jam.....

Saksi\*\*\*)

Diarsipkan oleh Perakam Medis,

Materai 6.000

(.....)  
 Nama jelas dan tanda tangan

(.....)  
 Nama jelas dan tanda tangan

(.....)  
 Nama jelas dan tanda tangan

\*) Lampiran fotokopi KTP/KK/SIM

\*\*\*) Beri tanda cek (V) yang sesuai pilihan dan keperluan

\*\*\*\*\*) Saksi berasal dari pihak pasien (keluarga pasien atau agen asuransi pasien), apabila tidak ada maka ditentukan oleh RS. Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita.