

**PELEPASAN INFORMASI MEDIS
KLINIK UTAMA MATA JEC ORBITA @MAKASSAR**

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI

Nama :
Alamat :
KTP/SIM/ID Lainnya : (Fotocopy KTP dilampirkan)
Selaku pasien atau Suami/Isteri/Orangtua/Wali/Anak/Penanggungjawab*) dengan surat kuasa terlampir telah mendapatkan izin tertulis dari pasien :
Nama Pasien :
No.MR :
Tanggal Rawat : s/d
Dokter yang merawat :
Untuk keperluan : Asuransi/perusahaan Sekolah Lain-lain
Selanjutnya pihak di atas disebut **Pemberi Kuasa**, dengan ini memberikan kuasa kepada Klinik Utama Mata JEC Orbita @ Makassar yang selanjutnya disebut sebagai **Penerima Kuasa**.

KHUSUS

Untuk memberikan informasi medis mengenai saya/pasien tersebut di atas*), baik secara lisan maupun tertulis sesuai dengan kebijakan yang berlaku di RS Mata JEC Orbita @Makassar kepada Perorangan/Perusahaan/Asuransi*) :
Hasil pemeriksaan/perawatan :
Hasil Resume Medis : Hasil Radiologi :
Hasil Laboratorium : Hasil Lain-lain :
Sehubungan dengan urusan tersebut di atas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Makassar,
Pemberi Kuasa

(.....)

BUKTI PERMINTAAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini
Nama :
Alamat :
No.KTP/SIM/ID Lainnya :
Hubungan dengan pasien : Suami Isteri Wali Anak Penanggung Jawab
Menerima dari Klinik Utama Mata JEC Orbita @ Makassar, surat keterangan medis/hasil pemeriksaan penunjang medis*) dari pasien :
Nama Pasien :
No. MR :
Informasi Medis :
Yang Menerima Makassar,
Yang Memberi

(.....)

(.....)

*Coret yang tidak perlu