

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tanggal Lahir :
Alamat :

NIK KTP :
No. HP :

Yang selanjutnya disebut dengan **Pihak Pertama sebagai Pasien / Orang Tua / Anak / (Lain-Lain :)** dengan identitas pasien sebagai berikut :

Nama / MRN :
Tanggal Lahir :
Tanggal masuk RS :
Nama DPJP :

Memberi kuasa kepada **pihak kedua** dengan identitas sebagai berikut :

Nama :
Tanggal Lahir :
Alamat :

NIK :
No. HP :

Menyatakan bahwa sesuai kewajiban simpan rahasia kedokteran dan mengacu pada peraturan perundang-undangan Permenkes RI No 269/MENKES/PER/III/2008, bahwa saya menyetujui pelepasan informasi tentang riwayat kesehatan saya di RS Hermina Palembang untuk keperluan pengurusan asuransi : _____ (**Rawat Jalan / Rawat Inap**).

Sebagai **pihak pertama** saya sudah memahami akan resiko-resiko yang akan terjadi dikemudian hari oleh sebab itu segala hal yang akan timbul menjadi masalah nantinya **bukan** menjadi tanggung jawab RS. Hermina Palembang sepenuhnya.

Demikianlah surat pernyataan ini dengan pikiran yang sehat dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Palembang, / / 20
Yang memberi kuasa

Yang menerima kuasa

Materai
10000

Lampiran :

1. Fotocopy KTP Pemberi kuasa
2. KTP Penerima kuasa

Kepada Yth,
Direktur
RS Hermina Palembang

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan adanya klaim asuransi yang akan di proses oleh kami, melalui surat ini kami mohon ketersediaan pihak Rumah Sakit Hermina Palembang untuk mengisi formulir dan melengkapi dokumen yang kami butuhkan.

Dengan data pasien sebagai berikut:

Nama Pasien	:
Nama Asuransi	:
Jenis Pelayanan	:
Periode Perawatan	:
No. Rekam Medis	:
Nama DPJP	:

Demikian surat ini saya buat. Atas ketersediaan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Palembang,
Yang Mengajukan
Pasien/ Orang Tua/Anak

()