



SURAT PERNYATAAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Tempat, Tgl. Lahir :
No. KTP :
Alamat :
No. Telp/Hp :
Hubungan dengan pasien :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya **memberi persetujuan kepada dokter/Rumah Sakit HUSADA** untuk memberikan data kesehatan dan tindakan medis atas nama pasien di bawah ini selama menjalani pengobatan di Rumah Sakit HUSADA baik rawat jalan maupun rawat inap.

Nama pasien :
Tempat, Tgl. Lahir :
Nomor Rekam Medis :
Alamat :
Untuk keperluan :

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tidak akan melakukan tuntutan hukum pada dokter atau Rumah Sakit HUSADA atas pemberian informasi medis atau data kesehatan pasien tersebut di atas.

Jakarta,

Materai 10.000

(.....)

Catatan :

- Lampirkan fotocopy KTP/SIM/Paspor
- Lampirkan Surat Kuasa dari pasien