



RUMAH SAKIT "JIH" SOLO

Jalan Adisucipto 118 Jajar, Laweyan, Surakarta, Jawa Tengah 57144

www.rs-jih.co.id

info@rs-jih.co.id

No. Form : FRM.02.02.06.001

No. Revisi : 00

SURAT PERSETUJUAN PEMBERIAN INFORMASI MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : P/L *)

Umur : tahun

Alamat :

No. Telp. :

Selaku Pasien / Orang Tua / Suami / Istri / Anak / Saudara *) atas Pasien **Rumah Sakit "JIH"**

Nama : P/L *)

No. RM

--	--	--	--	--	--	--	--

Umur : tahun

Alamat :

Dirawat oleh dokter :

Poliklinik / Bangsal :

Tanggal :s/d.....

Memberi kuasa kepada pihak ketiga (diisi hanya untuk pasien yang diwakili pihak ketiga) :

Nama : P/ L*)

Umur : tahun

Alamat :

Hub. dengan Pasien :

Perusahaan/Asuransi :

Menyatakan SETUJU dan memberi Ijin kepada **Rumah Sakit "JIH"** atas pemberian data medis Pasien untuk keperluan :

Demikian permohonan Surat Keterangan Medis dan Kuasa saya buat, dan apabila dikemudian hari ternyata isi keterangan yang saya buat tidak benar, saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan dan Undang-undang yang berlaku.

Surakarta,

Pasien / Penanggungjawab

(.....)

*) Lingkari salah satu

Catatan :

1. Surat permohonan dari pasien dilampiri fotocopy identitas.
2. Surat permohonan dari keluarga
 - Dari orang tua atau anak melampirkan fotocopy akta kelahiran.
 - Dari suami atau istri melampirkan fotocopy akta nikah.