

**SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : .....

No. KTP / SIM / PASSPORT : .....

Alamat : .....

.....

.....

No. Whatsapp yang bisa dihubungi : .....

Selaku Pasien / Orang Tua Pasien / Wali dari :

Nama : .....

No. Rekam Medis : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan:

1. Memberikan izin kepada pihak Primaya Hospital Sukabumi untuk memberikan informasi medis secara tertulis ataupun secara pesan teks melalui Whatsapp resmi rumah sakit tentang pasien tersebut di atas, kepada penanggung jawab pasien.
2. Bahwa saya telah mendapatkan informasi mengenai pasien yang bersifat rahasia, maka saya tidak akan menyebarluaskan informasi tersebut dan tidak akan menggunakan informasi medis itu untuk kepentingan lain selain kebutuhan perawatan dan pengobatan pasien di Primaya Hospital Sukabumi.
3. Bila terjadi sesuatu hal pada diri pasien tersebut di atas yang berkaitan dengan izin pelepasan informasi medis ini, saya, keluarga saya, atau pihak lain yang saya tunjuk, ataupun pasien tersebut di atas tidak akan melakukan penuntutan dalam bentuk apapun kepada pihak Primaya Hospital Sukabumi tersebut di atas di kemudian hari.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan atau tekanan dari pihak manapun.

Sukabumi, .....

Yang Menyetujui,

( ..... )