

Izin Pelepasan Data Medis
Authorization to Release Medical Information

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:
The Undersigned below:

Nama :
Name
Keterangan : Pasien sendiri / Orang tua / Wali
Remark Patient / Parents / Guardian

Dengan ini memohon Siloam Hospitals untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien:
Hereby request Siloam Hospitals to release (copy of) medical record data of:

Nama :
Name
No. MR : - -
MR Number
Data medis yang diberikan : ☐ Periode perawatan hingga
Medical data released applies to Hospitalization date through
☐ Semua Informasi
All health care information
☐ Lain – lain:
Others

Data medis tersebut diberikan kepada:
The medical record data will be given to

.....
Dokumen tersebut di atas akan digunakan untuk keperluan:
The document will be used for

.....
Yang bertanda tangan di bawah ini menjamin bahwa data medis ini akan digunakan sebagaimana dinyatakan dalam permohonan ini dan melepaskan Siloam Hospitals dari segala tuntutan hukum yang ditimbulkan dengan adanya pelepasan informasi medis pasien
The undersigned guarantees that the medical data will be used as stated in this application and release Siloam Hospitals of any lawsuits caused by the release of patient medical information.

Tanggal:
Date