



**SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**  
**No. Exp. SPIM (exp. SPIM number):** \_\_\_\_\_

1/2

Yang bertandatangan dibawah ini (*The Undersigned*),

Nama Lengkap (*Full Name*) : \_\_\_\_\_

No. KTP/SIM/PASSPORT\* : \_\_\_\_\_  
(*ID Number*)

Alamat (*Address*) : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP (*Phone Number*) : \_\_\_\_\_

**Sebagai** : **Diri Sendiri/ Suami/ Istri/ Orang Tua/ Anak/ dll\*** \_\_\_\_\_  
**Representing** **Myself/ Husband/ Wife/ Parent/ Child/ Other\***

No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_  
(*Medical Record Number*)

Nama Lengkap Pasien : \_\_\_\_\_  
(*Patient Full Name*)

No. KTP/SIM/PASSPORT\* : \_\_\_\_\_  
(*ID Number*)

Alamat (*Address*) : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP (*Phone Number*) : \_\_\_\_\_

dengan ini memberikan KUASA kepada RS Universitas Indonesia untuk mengeluarkan informasi medis mengenai segala sesuatu rahasia kesehatan/ riwayat medis pasien tersebut diatas kepada pihak ketiga, berupa:

*do hereby authorize Universitas Indonesia Hospital to release medical information about health confidentiality/ patient medical history to a third party, in the form of:*

- ☐ Pengisian Formulir Asuransi (*Insurance Form*)
- ☐ Ringkasan Pulang / Ringkasan Rawat Jalan (*Discharge Summary/ Outpatient Summary*)
- ☐ Hasil Baca Pemeriksaan Penunjang (*Interpretation of Medical Support Result*) \_\_\_\_\_
- ☐ Lain-lain, sebutkan (*Others, Specify*) \_\_\_\_\_

Sesuai jenis perawatan (*Depend on examination*):

☐ RAWAT JALAN (*OUTPATIENT*) tanggal (*date*) \_\_\_\_\_

☐ RAWAT INAP (*INPATIENT*) dari tanggal (*date from*) \_\_\_\_\_ s.d. (*until*) \_\_\_\_\_



**SURAT PELEPASAN INFORMASI MEDIS**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**  
**No. Exp. SPIM (exp. SPIM number): \_\_\_\_\_**

2/2

Untuk keperluan (*For requirement of*):

- ☐ Rumah Sakit lain, sebutkan (*Other Hospital, specify*) \_\_\_\_\_
- ☐ Asuransi (*Insurance*)/Perusahaan (*Company*) \_\_\_\_\_
- ☐ Pribadi (*Private*) \_\_\_\_\_
- ☐ Lain-lain (*Others, specify*) \_\_\_\_\_

Penerimaan informasi medis melalui (*Receive medical information through*):

- ☐ Datang langsung (*Onsite*) \_\_\_\_\_
- ☐ Email, alamat email (*Email address*) \_\_\_\_\_

Dengan ini saya menyatakan (*I declare*):

1. Bersedia menerima informasi medis pasien yang bersifat rahasia melalui *email*.  
*Willing to receive confidential patient medical information via email.*
2. Alamat *email* yang saya cantumkan pada surat pelepasan informasi medis ini adalah benar yang saya kehendaki untuk menerima informasi medis pasien.  
*The email address I put on this letter is exactly what I would like to receive patient medical information.*
3. Hal-hal serta risiko yang timbul setelah dilakukannya pengiriman informasi medis ini melalui *email* dari pihak RS Universitas Indonesia kepada saya, akan menjadi tanggung jawab saya sepenuhnya.  
*The things and risks arise after sending this medical information via email from Universitas Indonesia Hospital to me, will be my responsibility.*

Demikian surat pelepasan informasi medis ini saya buat dengan sebenar-benarnya dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

*I conclude this statement truthfully and honestly without any pressure from others.*

Depok, \_\_\_\_20\_\_\_\_

Yang Menyatakan,  
(*Statement Declarer*),

Petugas Rekam Medis  
(*Medical Record Staff*)

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nama dan Tanda Tangan  
*Full Name and Signature*

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nama dan Tanda Tangan  
*Full Name and Signature*

Catatan dari Petugas RM (*Notes from MR Staff*): \_\_\_\_\_

*\*)coret yang tidak perlu (choose the right one)*