



RUMAH SAKIT  
**ADI HUSADA**  
UNDANGAN WETAN

DRMI - 3.06

### PERSETUJUAN PEMBERITAHUAN DATA MEDIS KEPADA PIHAK KETIGA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_ L / P Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
No. KTP / KSK / SIM / Identitas lain : \_\_\_\_\_

Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama diri saya sendiri \* / suami \* / istri \* / anak \* / orangtua \*  
saya :

Nama : \_\_\_\_\_ L / P Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Kamar : \_\_\_\_\_ No. R.M. : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya menyatakan tidak keberatan bila hal ihwal tentang penyakit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ selama dirawat di Rumah Sakit Adi Husada  
Undaan Wetan Surabaya diberitahukan kepada Asuransi / Perusahaan \_\_\_\_\_

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sadar dan penuh rasa tanggung jawab, tanpa ada paksaan dari manapun juga.

Surabaya, \_\_\_\_\_  
Yang membuat pernyataan,

*Mekesai yg 6.005*

Tanda tangan dan nama terang

\* Coret yang tidak perlu.

R3 / X / 06