



**FORMULIR PERSETUJUAN
 PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Nama Pasien		Tanggal lahir		No rekam medis:
Alamat	Kota	Kode Pos	Nomor Telepon	

Saya memberi kuasa mengeluarkan isi rekam medis saya kepada :

RS. Roemani Muhammadiyah Semarang, nama dokter :

INFORMASI MEDIS YANG DILEPASKAN :

- Seluruh isi rekam medis (dalam bentuk foto copy)
- Resume akhir (tanggal) _____
- Hasil laboratorium
- Foto X-Ray-harus dikembalikan (diantar/diposkan)
- Lain-lain : _____

Yang dirawat pada tanggal s/d atas permintaan saya sendiri terhadap team dokter RS. Roemani yang telah merawat untuk memberikan keterangan tertulis mengenai segala sesuatu tentang rahasia kesehatan/penyakitnya selama penderita tersebut dirawat. Saya akan bertanggungjawab sepenuhnya atas akibat dibukanya informasi medis tersebut kepada pihak lain dan saya menyatakan tidak menuntut kepada team dokter.

DIKELUARKAN UNTUK:

- Klaim asuransi
- Permintaan Perusahaan
- Pindah dokter
- Konsul spesialis
- Keperluan Pribadi
- Permintaan RS / Pindah rawat
- Lainnya

Saya memberikan kuasa untuk mengeluarkan hasil test HIV/AIDS

Saya mengerti bahwa saya bertanggung jawab terhadap salinan dan penggunaannya.

Paraf

Tanda tangan pasien	Tanggal
Saksi	Tanggal

Catatan :

1. Informasi isi rekam medis disediakan paling lambat 15 hari sejak permintaan ini ditandatangani pasien.
2. Biaya copy pelepasan informasi medis ini ditanggung oleh pasien.
3. Informasi medis ini tidak boleh diberikan pada orang lain atau agen lain tanpa persetujuan pasien

Semarang,
 Pasien yang bersangkutan atau
 Yang berhak melepaskan informasi medis

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Bersama dengan surat ini saya :

Nama :
No Peserta Allianz :

Memberikan kuasa kepada Allianz melalui Customer Service nya :

Nama :
No KTP :

Untuk mengambil data medis berkaitan dengan rawat inap Pasien a/ndi
RS Roemani Muhamadiyah, No Rekam Medis

Demikian surat ini saya buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,

Materai

(Nama Jelas)