



DEPARTEMEN KESEHATAN R.I  
 DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SANGLAH DENPASAR



Jalan Diponegoro Denpasar Bali ( 80114 )  
 Telp. (0361) 227911-15, 225482, 223869, Fax. (0361) 224206  
 Email : rs\_sanglahbali@yahoo.com, info@sanglahhospital.com, Website :www. sanglahhospital.com.

SURAT PERSETUJUAN PEMBERIAN INFORMASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
 Umur/ Jenis Kelamin : .....L/P  
 Alamat : .....  
 Bukti diri/KTP/SIM/Pasport No.: .....

Menyatakan bahwa saya tidak berkeberatan bila RSUP.Sanglah Denpasar memberikan informasi medis atas nama: diri saya sendiri\*/Anak\*/Istri\*/Suami\*/Ayah\*/Ibu\* /.....saya, dengan identitas sebagai berikut:

Nama : .....  
 Umur/Jenis Kelamin : .....  
 Dirawat di : .....  
 No. RM : .....  
 Untuk kepentingan : .....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan.

Denpasar, .....  
 Yang membuat pernyataan

\*\* Isi dengan jenis tindakan medis yang akan dilakukan,  
 \* Lingkari atau coret yang tidak sesuai