



RS. TELOGOREJO

Jl. Nya Daitan Semarang - Indonesia | Telp: 021-8281000

Stiker
Identitas Pasien



SURAT IJIN MEMBERIKAN KETERANGAN MEDIS / PELEPASAN INFORMASI MEDIS

RM D

Yang bertanda tangan dibawah ini :

NO. Telp/HP :

NAMA :

ALAMAT :

Adalah sebagai : Pasien / Ayah / Ibu / Anak / Suami / Isteri / Wali * (Coret yang tidak perlu).

Memberikan Hak / Kuasa sepenuhnya kepada : Dokter yang merawat / Rumah Sakit

Untuk memberikan keterangan Medis dan segala informasi / riwayat penyakit baik berupa pemeriksaan / tindakan medik / diagnosa / pengobatan yang dilakukan RS Telogorejo, kepada :

NAMA :

UMUR :

ALAMAT :

TGL. DIRAWAT :

NO. RM :

..... s/d
: RSTG.

Ruang:
Dokter yg merawat:

- 1. Untuk keperluan :
 - a. untuk kepentingan keselamatan pasien;
 - b. memenuhi permintaan aparatatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan;
 - c. permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri;
 - d. permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang - undangan; dan
 - e. untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien.

- 2. Perusahaan/Asuransi :
 - a.
 - b.
 - c.

Saksi

Semarang,
Yang memberikan Hak

(.....)

(.....)