

**PERNYATAAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS
MELALUI FAKSIMILI ATAU EMAIL**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :*

Nama : Laki-laki Perempuan
 Umur : tahun
 No. KTP/ Bukti Diri :
 Alamat :
 Telepon :

Dalam hal ini bertindak atas nama atau untuk mewakili : Diri sendiri/Suami/Istri/Anak/Orangtua/Keluarga***

Nama Pasien** : Laki-laki Perempuan
 No. Rekam Medis ** :
 Umur ** : tahun

Dengan ini menyatakan permintaan data medis, meliputi :*

- Resume Medis, Tanggal
- Hasil Pemeriksaan Laboratorium, No :
- Hasil Pemeriksaan Radiologi, No :
- Lain-lain,

Untuk Keperluan * : Asuransi Pribadi
 Jaminan Perusahaan Lain-lain

Harap data tersebut dikirim melalui faksimili/ email *** ke :

No. Faksimili :
 Alamat Email :

Dengan ini saya menyatakan tidak berkeberatan untuk melepaskan informasi medis atau informasi yang menyangkut segala sesuatu yang berhubungan langsung ataupun tidak langsung mengenai keadaan kesehatan saya/pasien tersebut diatas bila diperlukan, baik secara lisa maupun tertulis, sesuai dengan kebijakan yang berlaku dilingkungan Eka Hospital.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, maka dengan ini saya membebaskan Eka Hospital dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dengan menyadari sepenuhnya akibat hukum yang timbul dari pernyataan ini dan saya bertanggung jawab sepenuhnya.

Bekasi,
 Yang membuat pernyataan,

.....
 Nama & Tanda tangan

NB : Peminta harus menunjukkan identitas/ bukti diri asli
 Beri tanda ✓ pada jawaban yang dipilih
 * Diisi oleh Pasien/ Peminta
 ** Diisi oleh Petugas Rumah Sakit
 *** Coret yang tidak perlu