

PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

| Saya yang bertandatangan di bawah ini: | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| Nama | : | | | | | |
| Usia | : Tahun | | | | | |
| Jenis Kelamin: : | | | | | | |
| Alamat | : | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Memberikan persetuj | uan kepada Rumah Sakit Grha Kedoya | a untuk memberikan : | | | | |
| Fotokopi : | | | | | | |
| Yang diperlukan untuk : | | | | | | |
| terhadap diri saya / Suami / Istri / Ayah / Ibu / Anak / Kakak / Adik saya * dengan identitas di bawah ini : | | | | | | |
| Nama | : | | | | | |
| Usia | :Tahun | | | | | |
| Jenis Kelamin | : Laki-laki Perempuan | | | | | |
| Alamat | | | | | | |
| , | | | | | | |
| No. Rekam Medis : 9000 | | | | | | |
| | | | | | | |
| Jakarta | Pukul | | | | | |
| Pasi | en / Yang Mewakili | Dokter yang Merawat | | | | |
| | | | | | | |
| (|) | (| | | | |
| Nam | a & Tanda Tangan | Nama & Tanda Tangan | | | | |
| | | | | | | |
| | BUKTI PENERIMAAN I | NFORMASI MEDIS | | | | |
| 0 | (| | | | | |
| Saya yang bertanda | - | | | | | |
| Nama | : | | | | | |
| Alamat | : | | | | | |
| | | | | | | |
| Menerima dari Rumah Sakit Grha Kedoya informasi medis dari pasien yang tersebut diatas. | | | | | | |
| Jakarta | Pukul | | | | | |
| | | | | | | |
| ` | ang Menerima | Petugas RM, Yang Memberi | | | | |
| | - | - 5 | | | | |
| | | | | | | |
| (|) | () | | | | |
| Nam | a & Tanda Tangan | Nama & Tanda Tangan | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

SURAT PERMOHONAN

Kepada Yth, Direktur RS. Grha Kedoya Di Tempat

| Nama : | Saya yang bertandatangan d | dibawah ini : |
|---|--|---|
| Jenis Kelamin Alamat ::::::::::::::::::::::::::::::::::: | Nama | <u>:</u> |
| Hubungan dengan pasien : | Usia | :Tahun |
| Memohon Kepada RS. Grha Kedoya untum memberikan informasi medis, yaitu: Resume Medis Rawat Jalan , Tanggal Berobat: Resume Medis Rawat Inap, Tanggal dirawat: Surat Keterangan Hasil Penunjang, Tanggal: Lainnya: Yang diperlukan untuk: Dengan identitas pasien: Nama Usia Jenis Kelamin Alamat No. Rekam Medis 9000 Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir: 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. | Jenis Kelamin | ; |
| Memohon Kepada RS. Grha Kedoya untum memberikan informasi medis, yaitu: Resume Medis Rawat Jalan , Tanggal Berobat: Resume Medis Rawat Inap, Tanggal dirawat: Surat Keterangan Hasil Penunjang, Tanggal: Lainnya: Yang diperlukan untuk: Dengan identitas pasien: Nama Usia Inahun Jenis Kelamin Alamat No. Rekam Medis Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien Surat Ketasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | Alamat | <u>;</u> |
| Memohon Kepada RS. Grha Kedoya untum memberikan informasi medis, yaitu: Resume Medis Rawat Jalan , Tanggal Berobat: Resume Medis Rawat Inap, Tanggal dirawat: Surat Keterangan Hasil Penunjang, Tanggal: Lainnya: Yang diperlukan untuk: Dengan identitas pasien: Nama Usia Inahun Jenis Kelamin Alamat No. Rekam Medis Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien Surat Ketasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | | |
| Resume Medis Rawat Jalan , Tanggal Berobat : | Hubungan dengan pasien | <u>:</u> |
| Resume Medis Rawat Inap, Tanggal dirawat : | Memohon Kepada RS. Grha K | edoya untum memberikan informasi medis, yaitu : |
| Surat Keterangan | Resume Medis Rawat Ja | alan , Tanggal Berobat : |
| Hasil Penunjang, Tanggal: Lainnya: Yang diperlukan untuk: Dengan identitas pasien: Nama : | Resume Medis Rawat In | nap, Tanggal dirawat : |
| Lainnya: | Surat Keterangan | |
| Yang diperlukan untuk : | Hasil Penunjang, Tangga | al : |
| Dengan identitas pasien: Nama :: | Lainnya : | |
| Nama :Tahun Jenis Kelamin : | Yang diperlukan untuk : | |
| Usia :Tahun Jenis Kelamin : Alamat : No. Rekam Medis : 9000 Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir : 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | Dengan identitas pasien : | |
| Jenis Kelamin : | Nama | <u>:</u> |
| No. Rekam Medis : 9000 Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir : 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | Usia | :Tahun |
| No. Rekam Medis : 9000 Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir : 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | Jenis Kelamin | <u>:</u> |
| Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir: 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | Alamat | : |
| Adapun syarat-syarat permohonan saya terlampir: 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | | |
| 1. Fotokopi KTP pasien / Kartu Keluarga pasien 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon () | No. Rekam Medis | : 9000 |
| 2. Surat Persetujuan Pelepasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon () | Adapun syarat-syarat permoho | onan saya terlampir : |
| 3. Surat Kuasa pasien untuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon () | 1. Fotokopi KTP pasien / | Kartu Keluarga pasien |
| 4. Fotokopi KTP yang mewakili Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon () | 2. Surat Persetujuan Pele | epasan Informasi Medis yang ditanda tangani oleh pasien |
| Demikian surat permohonan ini saya buat, atas kerjasamanya saya ucapkan terima kasih. Jakarta, Pemohon | 3. Surat Kuasa pasien un | ıtuk pengambilan data medis yang di TTD diatas materai |
| Jakarta,Pemohon | Fotokopi KTP yang me | ewakili |
| Jakarta,Pemohon | Domikian surat pormohonan in | ui saya huat, atas koriasamanya saya usankan torima kasih |
| Pemohon () | Dominian Surat permononan in | i Jaya Jaat, atao kerjasamanya Jaya deapkan terima kasin. |
| Pemohon () | lakarta | |
| () | | |
| () | i GIIIOIIOII | |
| () | | |
| () | | |
| () | | |
| | () | |

315-64-028

* Coret yang tidak perlu

SURAT KUASA

| Saya yang bertand | a tangan dibawah ini : | | |
|--------------------|-------------------------------|---|------------------------|
| Nama Lengkap | : | | |
| No. KTP | : | | |
| Alamat | : | | |
| Selanjutnya disebu | ıt sebagai PIHAK PERTA | MA, menyerahkan kuasa kepada : | |
| Nama Lengkap | : PT Asuransi Allianz I | Life Indonesia / | (nama pegawai allianz) |
| No. KTP | : | | |
| Alamat | : | | |
| | <u>o</u> | KEDUA untuk mengambil inform n dengan pengambilan informasi medi | • |
| | - | urat kuasa ini secara penuh adalah n yang sesungguh-sungguhnya agar | |
| Pener | ima Kuasa | Jakarta, Pemberi Kuasa | |
| | | Materai Rp. 10.000,- | |
| (|) | (| |