



www.rs-jih.co.id

No. Form. : FRM.2.02.08.002
 No. Revisi : 01

**SURAT PERSETUJUAN
 PEMBERIAN INFORMASI MEDIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : P/L *)
 Umur : tahun
 Alamat :
 No. Telp. :

Selaku Pasien / Orang Tua / Suami / Istri / Anak / Saudara *) atas Pasien **Rumah Sakit "JIH"**

Nama : P/L *)
 No. RM :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Umur : tahun
 Alamat :
 Dirawat oleh dokter :
 Poliklinik / Bangsal :
 Tanggal :s/d.....

Memberi kuasa kepada pihak ketiga (diisi hanya untuk pasien yang diwakili pihak ketiga) :

Nama : P/L *)
 Umur : tahun
 Alamat :
 Hub. dengan Pasien :
 Perusahaan/Asuransi :

Menyatakan SETUJU dan memberi ljin kepada **Rumah Sakit "JIH"** atas pemberian data medis Pasien untuk keperluan :

.....

Demikian permohonan Surat Keterangan Medis dan Kuasa saya buat, dan apabila dikemudian hari ternyata isi keterangan yang saya buat tidak benar, saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan dan Undang-undang yang berlaku.

Yogyakarta,
 Pasien / Penanggungjawab

(.....)

*) Lingkari salah satu

Catatan :

1. Surat permohonan dari pasien dilampiri fotocopy identitas.
2. Surat permohonan dari keluarga
 - Dari orang tua atau anak melampirkan fotocopy akta kelahiran.
 - Dari suami atau istri melampirkan fotocopy akta nikah.