

**FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI MEDIS
DAN PEMBERIAN KUASA PELEPASAN INFORMASI MEDIS**

Yang bertanda tangandibawah ini :

1 Nama Lengkap :

Tanggal Lahir :

Nomor Induk Kependudukan :

Nomor Telepon / Whatsapp :

Hubungan dengan Pasien : Diri Sendiri / Ayah / Ibu / Istri / Suami Anak
 Saudara Kandung / lain – lain..... (Sebutkan)

Alasan Permintaan Informasi Medis :

Alasan memberikan kuasa kepada pihak ke 2 :

Selanjutnya disebut sebagai **pihak pertama** (jika diri sendiri yang mengajukan tidak perlu di isi)

2 Nama Lengkap :

Tanggal Lahir :

Nomor Induk Kependudukan :

Nomor Telepon / Whatsapp :

Hubungan dengan pihak pertama :

Alasan menerima kuasa dari pihak pertama :

Selanjutnya disebut sebagai **pihak kedua**

Dengan ini menyatakan bahwa pihak pertama meminta informasi medis

Nama Pasien :

Tanggal lahir pasien :

Nomor rekam medis pasien :

Cara pasien pulang : Meninggal dunia
 Hidup

Jenis Perawatan yang Diminta : Rawat Inap
 Rawat Jalan

Tanggal Pengobatan Yang Diminta :

Serta memberi kuasa kepada Rumah Sakit Mitra Plumbon untuk membuka dan memberikan informasi medis pasien kepada pihak kedua. Pihak pertama bertanggungjawab sepenuhnya atas dibukanya rahasia tersebut dan menyatakan tidak akan menuntut Rumah Sakit Mitra Plumbon / Dokter yang merawat / Dokter yang mewakili di kemudian hari.

Demikian surat ini dibuat oleh pihak pertama dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Cirebon ,.....

Pihak Pertama,

Pihak Kedua

Materai 10.000

(.....)

(.....)

Tandatangan dan Nama Jelas

Tandatangan dan Nama Jelas

Penting :

**Lampirkan Copy Identitas (Kartu Keluarga yang tercantum nama pasien, dan KTP) pihak pertama, pihak kedua dan pasien.
Bila pasien meninggal suami / istri dilengkapi dengan lampiran copy buku nikah**

PETUNJUK PENGISIAN

FORMULIR PERMINTAAN INFORMASI MEDIS DAN PEMBERIAN KUASA PELEPASAN INFORMASI MEDIS

1. Formulir di isi oleh pasien atau keluarga inti pasien dan atau orang yang diberi kuasa oleh pasien
2. Formulir di isi dengan tulisan tangan
3. Formulir di isi dengan menggunakan ballpoint tinta warna hitam
4. Jika yang mengisi adalah pasien sendiri :
 - a. Pihak pertama di isi data pasien
 - b. Pihak kedua di kosongkan
 - c. Jika pasien masih anak – anak, pihak pertama dan kedua di isi data orang tua pasien
5. Jika yang mengisi keluarga inti pasien :
 - a. Pihak pertama di isi data keluarga inti pasien (bila pasien meninggal)
 - b. Pihak pertama di isi data pasien (bila pasien masih hidup)
 - c. Pihak kedua di isi data keluarga pasien / orang yang ditunjuk oleh pasien atau keluarga inti pasien
 - d. Jika pasien meninggal, pihak pertama dan kedua di isi data keluarga inti pasien
- a. Jika yang mengisi orang yang diberi kuasa oleh pasien selain keluarga inti pasien :
 - a. Pihak pertama di isi data pasien
 - b. Pihak kedua di isi data orang yang diberikan kuasa oleh pasien
 - c. Jika pasien meninggal, pihak pertama dan kedua di isi oleh orang yang diberikan kuasa oleh pasien dengan melampirkan pernyataan pemberian kuasa oleh pasien yang di tandatangani saat pasien masih hidup

Keterangan	Nama Petugas	Tandatangan Petugas
Staf CSO yang memberikan formulir		
Staf CSO yang menerima formulir		
Staf korespondensi yang menerima pengajuan		
Staf korespondensi yang menyerahkan pengajuan		