

PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :
No. KTP :
Tempat/Tgl Lahir :
Alamat :
Telp :

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memberikan kuasa kepada:

Nama :
No. KTP :
Tempat/Tgl Lahir :
Alamat :
Telp :
Hub. dengan pasien :

Untuk pengurusan/ pengambilan data medis berupa:

1. Keterangan Medis
2. Keterangan Imunisasi
3. Lainnya (sebutkan)

Sebagai persyaratan kelengkapan administratif guna pengurusan:

1. Sekolah
2. Asuransi/ Jaminan Perusahaan (sebutkan)
3. Lainnya (sebutkan)

Dengan ini saya bertanggung jawab atas pelepasan informasi data medis ini dan segala akibat yang timbul di kemudian hari. Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

Jakarta,
Pemohon,

Mengetahui,
Dokter yang memeriksa

(Nama & ttd Jelas)

(Nama & ttd Jelas)

Note:

1. Selain pasien, harus melampirkan Surat Kuasa Asli bermaterai 10.000 serta KTP asli pemberi dan penerima kuasa
2. **Apabila pasien telah meninggal**, harus melampirkan Surat Keterangan Kematian, KK terakhir ahli waris dan KTP asli ahli waris