

No. Permintaan Informasi Medis :

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

No. KTP :

Selaku : Pasien atau Suami / Isteri / Orang tua / Ayah / Ibu / Wali / Anak / Penanggung jawab *), yang mendapat ijin tertulis dari pasien.

Nama Pasien :

Nomor Rekam Medis :

Tanggal Rawat :

Dokter Yang Merawat :

 Selanjutnya pihak diatas disebut **Pemberi Kuasa** , dengan ini memberikan kuasa kepada :

RSU Bunda, beralamat di Jl. Teuku Cik Ditiro No. 21, Menteng , Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta . 021 31923344. Ext. 36223 / 36206 (Rekam Medis / Medical Record)

(Selanjutnya disebut Penerima Kuasa) :

K H U S U S

 Untuk memberikan informasi medis mengenai diri saya / pasien tersebut diatas *), baik secara lisan maupun tertulis sesuai dengan kebijakan yang berlaku di lingkungan **RSU Bunda, Jakrta** kepada :

Perorangan / Perusahaan / Asuransi *) :

Fotocopy hasil pemeriksaan yang diminta :

1 Hasil Resume Medis tanggal :

2 Hasil Laboratorium tanggal :

3 Hasil Radiologi tanggal :

4 Hasil Lain-Lain :

 Sehubungan dengan urusan tersebut diatas, maka dengan ini **Pemberi Kuasa** membebaskan **Penerima Kuasa** dari segala tuntutan atau konsekuensi hukum dari pihak ketiga, yang mungkin timbul sebagai akibat pelepasan informasi medis pasien tersebut.

Jakarta,

Jam

Pemberi Kuasa,

(.....)

BUKTI PENERIMAAN INFORMASI MEDIS

No. Permintaan Informasi Medis :

Saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. KTP :

Hubungan dengan pasien :

 Menerima dari **RSU Bunda Jakarta** surat keterangan medis / hasil penunjang medis*) dari pasien :

Nama Pasien :

Nomor Rekam Medis :

Informasi Medis :

Jakarta,

Yang menerima,

 Yang memberi,
Petugas Informasi

Nama & Tanda tangan

Nama & Tanda tangan

*) coret yang tidak perlu